



Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

- Z A R A G O Z A -

ODONTOLOGIA

13 No 110

**Bases para el Desarrollo de un Seguro Dental
Aplicable en Preescolares, Escolares y
Enseñanza Media Superior**

“ TESIS DE INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA ”

QUE PRESENTA:

José Luis Navarrete M.

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pags.
I. Introducción.....	1
II. Fundamentación del tema.....	1
III. Planteamiento del problema.....	2
IV. Objetivos.....	3
V. Hipótesis.....	4
VI. Material.....	4
VII. Método.....	4
VIII. Desarrollo.....	5
1. Antecedentes.....	5
2. Aspectos clínicos.....	8
Introducción.....	9
2.1. Niveles de prevención.....	10
2.2. Niveles de aplicación.....	13
2.3. Niveles de atención.....	16
2.4. Manual de procedimientos.....	18
2.4.1. Historia clínica.....	18
2.4.2. Tratamiento parodontal.....	18
2.4.3. Operatoria dental.....	18
2.4.4. Prevención.....	21
2.4.5. Pulpectomía.....	23
2.4.6. Cirugía menor.....	24
2.4.7. Ortodoncia preventiva.....	25
2.4.8. Radiología.....	25
3. Papelería Administrativa y Odontológica.....	29
Introducción.....	30
3.1. Forma de diagnóstico dental.....	31
3.2. Antecedentes.....	32
3.3. Antecedentes personales NO patológicos.....	35

3.4.Examen de A.T.M.....	36
3.5.Anomalías dentomaxilares.....	39
3.6.Patología de tejidos blandos orales Premalignas.	42
3.7.Patología de tejidos blandos orales.....	43
3.8.Odontograma.....	48
3.8.1.Dientes permanentes:.....	48
3.8.2.Dientes temporales.....	48
3.9.Examen de Higiene Oral Simplificada.....	51
3.9.1.Código del índice de IHOS.....	51
3.9.2.Superficies y dientes a ser examinados.....	52
3.10.Parodontograma.....	52
3.11.Endodograma.....	54
3.12.Exámenes radiográficos.....	55
3.13.Forma para ordenar las radiografías.....	56
3.14.Prótesis.....	57
3.15.Presupuesto.....	58
3.16.Tratamiento.....	59
3.17.Trabajos de Laboratorio.....	60
3.18.Promedio de tiempo insumido por el paciente....	62
3.19.Indicaciones para el manejo de archivo.....	64
4. Recursos del Modelo de Servicio Odontológico.....	74
4.1. Recursos físicos.....	75
4.2. Recursos materiales.....	75
4.3. Recursos humanos.....	82
4.4. Recursos de tiempo.....	82
4.5. Recursos financieros.....	82
5. Honorarios.....	85
Introducción.....	86

5.1.	Pago por acto Odontológico.....	87
5.2.	Post-pago del servicio Odontológico.....	88
5.3.	Pago por sueldo del servicio Odontológico.....	89
5.4.	Cálculo técnico del pago por acto en el Servicio- Odontológico.....	90
5.5.	Cálculo del valor hora de trabajo efectivo.....	94
5.6.	Cálculo técnico del Post-pago en el Servicio O - odontológico.....	95
5.7.	Cálculo técnico del valor mensual del sueldo del Odontólogo.....	97
5.8.	PRE-PAGO.....	98
5.8.1.	Cálculo técnico del Pre-pago del Servicio Odon- tológico.....	101
6.	Bases legales de la Odontología.....	107
	Introducción.....	108
6.1.	Requerimientos para ejercer la Odontología en el- D.F.....	110
6.2.	Relaciones laborales.....	110
6.3.	Honorarios profesionales.....	111
6.4.	Responsabilidad legal.....	114
7.	Evaluación.....	118
	Introducción.....	119
7.1.	Evaluación de pacientes registrados durante el-- año.....	121
7.2.	Control de citas.....	123
7.3.	Evaluación de la historia clínica.....	125
7.4.	Mecanismo para determinar la morbilidad dentaria.	128
7.5.	Mecanismo para evaluar el IHOS de los pacientes.,	130

7.6.Registro de procedimientos mas frecuentes.....	132
7.7.Mecanismo para determinar la CALIDAD de los pro- cedimientos efectuados.....	134
7.8.Evaluación de INSUMOS Odontológicos.....	137
7.9.Egresos.....	142
7.10.Cuadro comparativo de costos y su recuperación.	145
8. Resultados.....	147
IX. Conclusiones.....	149
X. Propuestas.....	152
APENDICE I.Historia clínica completa.....	153
Bibliografía.....	164

I. INTRODUCCION.

El presente trabajo tiene la finalidad de proyectar la atención médico-odontológica de nuestro país acorde a las necesidades financieras de la población preescolar, escolar y enseñanza media superior, así como del resto de la población; implantando un Modelo De Servicio Odontológico con seguro dental "tipo", cuyo desarrollo este en función del seguro de salud oral, siendo éste la expresión de un país en vías de progreso, teniendo la obligación de brindar a todos sus afiliados, bajo libre elección, la mejor atención odontológica integrada a los equipos de salud existentes, medicina, bioquímica, etc; para fomentar mejores niveles de bienestar, prevención y atención de todo daño en tejidos duros y blandos de la cavidad oral, con la exclusión de procedimientos especializados como son: Ortodoncia correctiva, Cirugía maxilofacial, etc.

Aportando beneficios psicológicos, sistémicos, estéticos, fonéticos y económicos; y proponiendo un sistema distinto de financiamiento dental, al ya tradicional, llamado Pre-pago, el cual tiene como objetivo elevar el ingreso de pacientes al consultorio o clínica dental, así como evitar un desembolso financiero elevado que vaya en detrimento de la economía de los pacientes que van a recibir el suministro dental.

II. FUNDAMENTACION DEL TEMA.

Debido a la característica de los sistemas de atención odontológica en el país y la existencia de una multitud de instituciones de salud bucal, las cuales en la práctica funcionan sin coordinación entre sí y que distribuyen sus servicios de una manera desigual entre los diferentes grupos-

-sociales, manifestandose esto en lo biológico y en lo social, tanto a nivel individual como colectivo. Aunamos a esto las decisiones económicas, políticas e ideológicas, las cuales influyen en las condiciones de salud general, no excluyendo la bucal, predominando la baja inversión en atención médico-odontológica, la protección al capital y la creación de servicios públicos de acuerdo a los intereses políticos. Por lo cual las condiciones de salud bucal son pobres y elitistas, donde unos cuantos son los privilegiados.

Por lo antes mencionado se puede afirmar con toda seguridad que es necesario establecer y promover Modelos de Servicio Odontológico que permitan atender a un mayor número de población.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El sistema de atención de salud es un componente esencial de todo tipo de sociedad, aunado al educacional, laboral y de justicia, etc. Según el tipo de SAS existente tendremos diferentes perfiles profesionales, actitudes y valoración por la población en general.

El SAS comprende todas las actividades de salud de un país, por lo tanto engloba a todas las profesiones relacionadas con él (medicina, bioquímica, farmacología, odontología, etc). Estas tienen una función específica dentro del SAS, siendo la medicina clínica, la que gasta un 22% del presupuesto para la totalidad del organismo humano (SAS. reporte del Dr. Pansini), mientras que la odontología gasta el 10% para la atención bucal. Esto significa que las enfermedades de la boca tienen un peso económico en el gasto de salud mayor que cualquier otra parte del organismo. De esto se deduce que la atención dental en nuestro país es asistencial, quedando restringida a las características de la población.

-Por otro lado, la formación académica de la E.N.E.P., Zaragoza a través de sus Modelos de Servicio Odontológico ha manifestado el interés necesario para dar atención odontológica a diferentes grupos etáricos, accesibles a los mismos (bajo costo y alta productividad). Es por eso que se pretende crear un M.S.O., "tipo", es decir que trabaje en base a un seguro dental, cuyas características le permitan que se desarrolle en la iniciativa privada y pueda ser adoptado por las diferentes cooperativas escolares y sindicatos, proporcionando a la vez fuentes de trabajo para los profesionales de la Odontología.

IV. OBJETIVOS.

- a) Establecer las bases para un seguro que cubra las necesidades de un sector del público que busca obtener servicios de salud dental en forma pre-pagada.
- b) Promover los M.S.O., con sistema de Pre-pago que actúe dentro de una economía de acuerdo a las posibilidades de la población, demostrando la superioridad de práctica privada, en cuanto a calidad y cantidad del suministro del cuidado dental, a cambio de honorarios en competencia con los del gobierno.
- c) Buscar un método de financiamiento dental que logre vencer las barreras financieras para dar mayores servicios en pre escolares, escolares y enseñanza media superior, así como al resto de la población.
- d) Proponer mecanismos técnicos y administrativos que permitan establecer metas para preservar la salud bucal del individuo.

- e) Que se proyecte la voz de la Odontología organizada en el creciente mercado para planes dentales pre-pagados.
- f) Que el presente trabajo sirva de orientación a las cooperativas escolares, sindicatos y otros organismos o sociedades de diversas clases, y mediante el análisis respectivo del mismo, se le brinde otra fuente de trabajo más al profesional de la Odontología.

V. HIPOTESIS.

La promoción de los M.S.O., con seguro dental y sistema de Pre-pago podrán satisfacer la demanda del proceso salud-enfermedad en cavidad oral, elevando el índice de salud bucal, fomentando el hábito de higiene bucal en la población preescolar, escolar y enseñanza media superior, así como del resto de la población.

VI. MATERIAL.

- a) Textos de Odontología.
- b) Sobretiros (Revistas Odontológicas extranjeras).
- c) Revistas Odontológicas Nacionales.
- d) Material de apoyo de: ENEP. Zaragoza.
- e) Folletos.

VII. METODO: Deductivo e Inductivo: La información obtenida para nuestro programa de atención Odontológica se basó en TEXTOS, que en su mayoría no tuvieron más de cinco años retrospectivos; De sobretiros (Revistas Odontológicas Extranjeras), todas en su mayoría, de actualidad; Revistas Odontológicas Nacionales, algunas de actualidad, otras de cinco a diez años atrás; Y de material de apoyo proporcionado por la ENEP, Zaragoza,

-en el cual encontramos temas de actualidad con el tema ya mencionado.

Todo esto nos permite observar un panorama general de la situación actual de los Modelos de Servicio Odontológico e irlo desglosando hasta lo particular, y así conocer la problemática actual acerca del proceso Salud-Enfermedad en cavidad oral, para fijar nuevas metas en la atención Odontológica.

VIII. DESARROLLO.

1. ANTECEDENTES.

El sistema de Pre-pago fue introducido en los Estados Unidos en el año de 1940, a medida que los seguros hospitalarios fueron creciendo, la gente tendió a buscar protección adicional que incluyera en sus presupuestos el seguro dental mediante planes pre-pagados. Fue así que en algunos países se desarrollaron durante los últimos 20 años corporaciones que prestan servicios de atención dental como son: Plan dental Delta; Planes dentales Cruz Azul; y Planes dentales Blue Shields.

En los Estados Unidos la iniciativa para el establecimiento de éstos planes fue tomada por las asociaciones dentales estatales, las que formaron instituciones sin ánimo de lucro. El propósito era atender la creciente demanda que buscaba un método de financiar el costo de los servicios dentales necesarios, en vista de que las aseguradoras comerciales no ofrecían aún esos mecanismos de financiamiento.

Fueron varias las razones que impulsaron a los Odontólogos organizados en sociedades de carácter gremial a-

-instituir los planes de salud, entre ellos se mencionan los siguientes: Cubrir la necesidad de un sector del público que buscaba obtener servicios de salud dental en forma pre-pagada, proyectar la voz de la Odontología organizada en el mercado para planes dentales pre-pagados y establecer un servicio dental pre-pagado que actuará dentro de una economía libre.

En la actualidad en los Estados Unidos, los sindicatos, las empresas industriales y algunos servicios privados de salud usan actualmente este método de financiamiento que ha demostrado gran eficiencia en todos los aspectos.

En México es usualmente el IMSS, ISSSTE, SSA, y otros los que brindan este tipo de servicio, Pre-pago por Ley.

El crecimiento que han tenido estos programas ha sido notable en los últimos años. En 1968 existían 27 asociaciones estatales afiliadas al Plan Delta y son 47 las que pertenecen a él.

C A P I T U L O 2 .

ASPECTOS CLINICOS

I N T R O D U C C I O N

Todo programa de salud dental requiere para su desarrollo de la participación y del conocimiento general de los cinco niveles de prevención propuestos por Leavell y Clark; 1er. Nivel: Fomento de la salud; 2o. Nivel: Protección específica; 3er. Nivel: Diagnóstico y tratamiento precoces; 4o. Nivel Limitación del daño; 5o. Nivel; Rehabilitación del individuo.

Y de los cinco niveles propuestos por M. Chavés; 1er. Nivel: Acción gubernamental amplia; 2o. Nivel: Acción gubernamental restringida; 3er. Nivel. Paciente-profesional; 4o. Nivel: Paciente-auxiliar; 5o. Nivel: Acción individual.

A manera de interferencia en la Historia Natural de la enfermedad en cavidad oral propongo los Niveles de Atención que se suman a los dos anteriores propuestos por Leavell y Clark y M. Chavés, y cuyo desarrollo será en el 3o. y 4o. nivel de aplicación, sin descuidar los demás niveles y son: Urgencia, tratamiento y Mantenimiento, donde serán aplicados distintos procedimientos hacia la población escolar y zonas de influencia predominantemente exógenas.

2.1. NIVELES DE PREVENCIÓN.

1er. Nivel de prevención; Fomento de la salud; en este nivel se procura crear las condiciones más favorables que nos sean posibles para que el individuo esté en condiciones de resistir el ataque de una enfermedad o grupos de enfermedades; comprende las acciones de educación sanitaria, medidas higiénicas, alimentación apropiada y todas aquellas acciones inespecíficas que tiendan a evitar la acción o a proteger al huésped.

2o. Nivel de prevención; Protección específica; aquí nos encontramos protegiendo al individuo específicamente contra una determinada enfermedad. Actuamos con métodos positivos, comprobados y de eficiencia mensurable. En este nivel caben medidas como: La vacunación, yodación de la sal y fluoración del agua.

3er. Nivel de prevención; Diagnóstico y tratamiento precoces; las enfermedades que no fueron evitadas, bien sea porque no existen métodos para la actuación en el nivel anterior, o porque no fueron aplicados los existentes, nuestra actuación deberá orientarse en el sentido de identificarlas y tratarlas lo más temprano posible. En -

-el cáncer oral, por ejemplo, el diagnóstico y tratamiento precoces constituyen la mejor disposición para hacer frente al problema.

4o. Nivel de prevención: Limitación del daño; cuando fallamos en la aplicación de medidas en los niveles anteriores, debemos procurar, cualquiera que sea la fase en que se encuentre la enfermedad, la limitación del daño causado, o sea evitar un mal mayor. Así por ejemplo, al hacer un recubrimiento a una pulpa accidentalmente expuesta, estamos evitando un mal mayor, al extraer un diente portador de una infección periférica crónica, estamos evitando un mal mayor.

En suma nuestras intervenciones en Odontología curativa o restauradora, tienen una finalidad preventiva, cuando se considera la prevención en sentido amplio.

5o. Nivel de prevención: Rehabilitación; en este último nivel de prevención nos enfrentamos ya con el hecho consumado. La enfermedad evolucionó a pesar nuestro, hasta su fase final, y nos hallamos frente a un individuo ya lesionado por la dolencia, portador de sus secuelas e incapacitado, total o parcialmente. Aún en está--

-situación hay lugar para un trabajo de prevención, ejemplo, prótesis, obturaciones, restauraciones estéticas, etc.

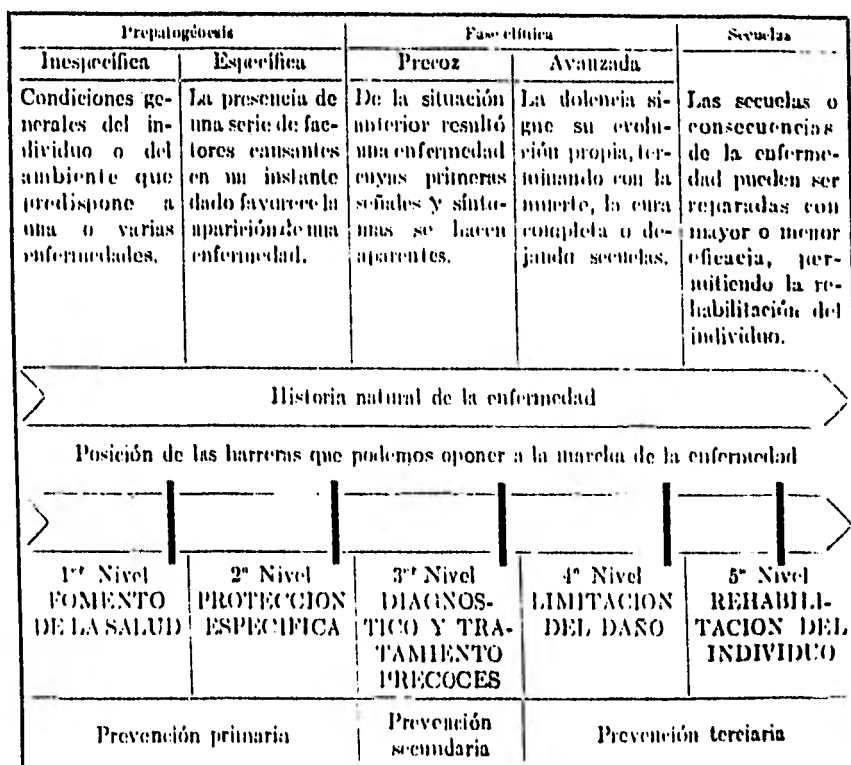


Fig.1. Diagrama ilustrativo del concepto de niveles de prevención.

2.2. NIVELES DE APLICACION.

- 1er.Nivel:Acción gubernamental amplia;es la participación - coordinada de todos los departamentos gubernamentales, en el sentido del desenvolvimiento socioeconómico.
- 2o.Nivel:Acción gubernamental restringida;es la participación limitada a uno o dos departamentos gubernamentales,esto es en otros países.
- 3er.Nivel:Paciente profesional;es la acción bilateral que liga al paciente y a un profesional del nivel Universitario ubicándolos en los métodos del 3o,4o y 5o, nivel de prevención.La categoría del profesional - requerido,introduce un factor económico en la prestación de los servicios,determinado por su costo. El tipo de relación que envuelve la acción entre - estas dos personas,presupone la existencia de una voluntad individual,de un deseo,de un requerimiento de servicios profesionales que parte del paciente.
- 4o.Nivel:Paciente-auxiliar o subprofesional;los métodos,como en el paso anterior también presuponen una relación bilateral del paciente con una segunda persona,aunque de nivel profesional inferior al Universitario.
- 5o.Nivel:Acción individual;es el método cómodo y práctico - que envuelve a un solo individuo,que es a la vez el principal interesado en su propia salud.

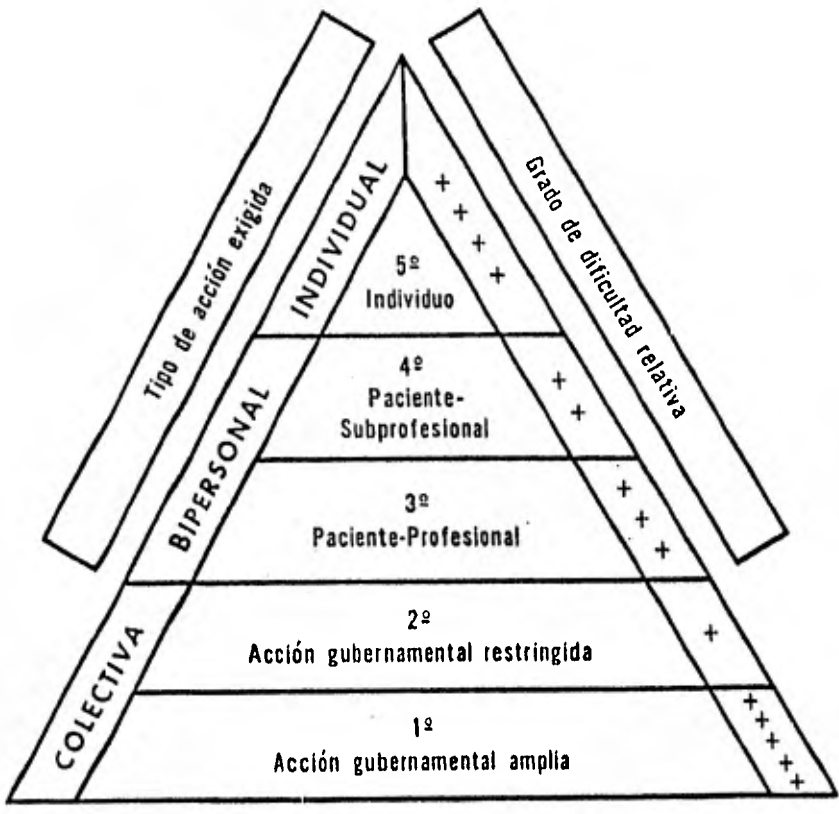


Fig 2. Niveles de aplicación de los métodos.

6	Individual 5o	participación directa en el M. S. O.	elevación de técnicas de higiene bucal			
5	Paciente-auxiliar 4o	pláticas a la población escolar y zonas de influencia.	técnica de cepillado, uso de seda dental, aplicación de flúor	obtención con I.R.M. toma de radiografías periapicales, oleta de márdido yclusales		
4	Paciente-profesional 3o	Promoción del Modelo Desarrollo del Modelo	Selladores de fisuras	operatoria dental, ortodoncia preventiva, historia clínica	tratamiento parodontal, endodancia, cirugía menor, extracciones.	restauraciones estéticas, prótesis fija, removible y total.
3	Acción gubernamental restringida 2o					
2	Acción gubernamental amplia 1o					
1	Aplicación	1o. FOMENTO DE LA SALUD	2o. PROTECCION ESPECIFICA	3o. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES	4o. LIMITACION DEL DAÑO	5o. REHABILITACION
	NIVELES					

Cuadro 1

(4)

2.3. NIVELES DE ATENCION.

En virtud de las características del Seguro dental y de las necesidades de trabajo del M.S.O., se detecta la posibilidad de desarrollar niveles de atención que vayan acorde con los objetivos previamente planteados.

Estos nos sirven para controlar la atención de los pacientes de acuerdo a la etapa del proceso salud-enfermedad en cavidad oral.

Este orden llevado adecuadamente proporciona mayor eficacia y eficiencia en el Modelo de Servicio Odontológico, así como el control de cuotas que se deben percibir mensual o anualmente de parte del paciente, por concepto de tratamiento.

URGENCIAS.

Cuando el paciente presente las siguientes alteraciones, y su permanencia en este nivel no exceda a los treinta días, después de la primera consulta.

CAUSAS DEL DOLOR DENTAL Y SUS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

Causa	Tipo de dolor	Localización	Duración	Influencia de la postura	Adormecimiento local	Fiebre	Efecto del calor o del frío
Pulpitis.	A menudo muy intenso.	Diente afectado.	Constante.	Puede aumentar cuando el enfermo se acuesta.	Habitualmente existe.	No hay.	El calor o el frío pueden aumentarlo.
Pericementitis por traumatismo occlusal.	Muy intenso.	Diente afectado.	Constante; aumenta al tocar el diente.	Ninguna.	Existe.	No hay.	El calor o el frío pueden suprimirlo.
Ataque en un diente	Moderado a muy intenso.	Región del diente afectado	Constante.	Aumenta cuando el enfermo se acuesta		Moderada.	El calor o el frío pueden mejorarlo temporalmente.
Presión por diente impactedo	Moderado a muy intenso.	Región del diente impactedo	Habitualmente constante	Ninguna	Existe	No hay.	Ninguno
Pericoronitis	Intenso.	Tejidos blandos alrededor de la corona.	Constante.	Ninguna.	Existe.	Puede haber ligeras.	No el calor ni el frío tienen mucho valor.
Quiste infectado.	Puede ser agudo o no ser agudo	Cualquier parte de ambos maxilares	Constante	Si no hay drenaje, aumenta si el enfermo se acuesta	Moderado a intenso	Puede no haber.	Cual de ambos pueden dar mejoría temporal
Alvéolo seco.	Moderado a intenso.	Alvéolo dental	Constante	Aumenta cuando el enfermo se acuesta	Muy leve.		Ninguno

Quadro 2

NOTA: Si el alvéolo seco no fue originado en el consultorio, -
será tratado como URGENCIA, pero si éste fue ocasionado -
dentro del mismo, será considerado como TRATAMIENTO, -
(ver cuadro anterior).

TRATAMIENTO.

Cuando el paciente por acción propia o motiva -
ción dentro del Modelo de Servicio Odontológico se presente
a:

a) Diagnóstico.

b) Saneamiento básico.

Y cuya permanencia en este nivel no exceda al --
año, después de la última visita.

MANTENIMIENTO.

Cuando el paciente después de haber pasado por -
alguno de los dos niveles anteriores, se encuentre en estado
óptimo de salud bucal y se presente a revisiones periódicas
indicadas por el profesional o el auxiliar (reobturaciones, -
ajustes de prótesis, etc).

Aquí la tendencia es que el paciente, ya este con -
cientizado y motivado por el servicio dental que recibió, su -
jetándose a permanecer por tiempo indefinido.

2.4. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS.

Son todas las actividades clínicas odontológicas que se van a llevar a cabo en el Modelo de Servicio Odontológico y son :

2.4.1. HISTORIA CLINICA.

Este procedimiento completo y registrado adecuadamente proporciona al Odontólogo información muy valiosa durante el examen dental, respecto a los factores locales, generales y psicosomáticos. A la vez permite entablar relación --dentista-paciente, planeando la terapéutica adecuada (ver historia clínica anexa).

2.4.2. TRATAMIENTO PARODONTAL.

Consiste fundamentalmente en procedimientos locales como: Profiláxis; donde se eliminan todos los depósitos de placa bacteriana de cada una de las superficies del esmalte; Raspado, técnica por medio de la cual se tiende a eliminar - los irritantes (sarro, cálculo subgingival y supragingival), - que se encuentran adheridos a los tejidos duros del esmalte y cemento; Curetaje, que consiste en la remoción del tejido de generado y necrótico que tapiza la pared gingival de las bolsas periodontales.

2.4.3. OPERATORIA DENTAL.

Se refiere al tipo de preparaciones diseñadas en relación con el tipo de material de obturación que se va a - emplear, y tenemos:

AMALGAMA: Son tipos especiales de aleación formadas en parte por mercurio. La unión del mercurio con una aleación de otros metales, se realiza por el proceso de amal-

-gamación. Según el número de elementos que forman la aleación, la amalgama puede ser; Binaria (dos elementos); Terciaria (tres elementos); Cuaternaria (cuatro elementos). La más utilizada en la clínica dental (actualmente) es la amalgama de plata, que tiene aleación con plata, estaño, cobre y zinc, cuaternaria.

En dentaduras permanentes, su uso se restringe generalmente a premolares y molares. En las dentaduras primarias puede usarse en dientes anteriores y posteriores.

Los tipos ideales para la obturación con amalgama son: Cavidad simple, si abarca una sola cara del diente; Cavidad compuesta, si abarca dos caras del diente; Cavidad compleja, si abarca tres o más caras del diente.

RESINAS; son materiales de restauración que generalmente se utilizan en dientes anteriores, son de tres tipos: Cemento de silicato; Resinas acrílicas (polimetil-metacrilato); - Resinas compuestas.

En la actualidad las más usadas en la clínica dental son las resinas compuestas. El término compuesta indica que la resina contiene un elemento de relleno inorgánico en un 75 a 80 % en forma de perlas o varillas de cristal, silicato de aluminio y litio, cuarzo o fósforo tricálcico.

Son en forma de pasta (dos pastas separadas), las cuales se combinan entre sí.

Las resinas se utilizan en cavidades como: Clase III, son aquellas cavidades que se encuentran en las caras proximales (en medio) de dientes anteriores, sin afectar el ángulo incisal (lado que sirve para cortar del diente); Clase IV, para aquellas cavidades que se encuentran en las caras proximales (en medio de dientes anteriores) afectando al ángulo incisal (lado cortante del diente); Clase V, aquellas cavidades que se encuentran

-en el tercio gingival bucal o lingual(cuello)del diente.
 I.R.M.;Se utiliza para preparaciones diversas,este medica -
 mento está indicado como obturación permanente en -
 dientes infantiles superiores e inferiores,anterio -
 res y posteriores,en caso de que el diente vaya a -
 ser exfoliado en un tiempo no mayor de un año.Se in -
 dica como base sellante sobre una base de hidróxido
 de calcio en dientes infantiles y permanentes que han
 sufrido exposiciones pulpares y cuyo período de recu
 peración es mayor de un mes.

PREPARACIONES PARA INCRUSTACION:

Preparación MO(mesio-oclusal);cara masticatoria del diente y
 la cara más cercana del mismo
 a la línea media de la cara -
 (facial).

Preparación MOD(mesio-ocluso-distal);abarcando la cara masti
 catoria del diente,asi -
 como la parte más cerca
 na y lejana del mismo -
 con respecto a la línea
 media de la cara(facial).

Preparación DO(disto-oclusal);abarcando la cara masticatoria
 del diente,así como la parte -
 más lejana del mismo con res -
 pecto a la línea media de la -
 cara (facial).

PREPARACION PARA CORONAS;

Preparación Veneer;abarcando todas las caras del diente en -
 anteriores.

Preparaciones para corona total;abarcando todas las caras del diente en posteriores.

OTROS.....a criterio del Odontólogo.

2.4.4. PREVENCIÓN:

Métodos o procedimientos encaminados a preservar la salud del individuo,así tenemos lo siguiente:

Plática dirigida a la población escolar:Grupos de preescolares,técnica de cepillado;Grupos de escolares,técnica de cepillado e ingestión inadecuada de golosinas (sus secuelas); - Grupos de enseñanza media superior,técnica de cepillado,ingestión inadecuada de golosinas(sus secuelas),y proceso salud enfermedad de caries y parodontopatías(enfermedades de los dientes y la encía.

Control de Placa Dento-Bacteriana:

El control de placa dento-bacteriana es la manera más eficaz de prevenir las enfermedades parodontales.Los métodos para el control de la placa son de tipo mecánico;cepillo dental,seda dental y otros auxiliares de la higiene.

Para lograr una prevención efectiva es necesario llegar a todas las superficies susceptibles,mediante una técnica adecuada,esto es muy importante,debido a que no es posible alcanzar la salud bucal óptima.El cepillo de dientes elimina la placa y materia alba y al hacerlo reduce la instalación y frecuencia de la gingivitis.La fácil manipulación del cepillo dental por parte del paciente es un factor importante,ya que su eficacia depende la mayor parte de como se use.

Los cepillos dentales pueden ser;manuales o eléctricos;con cerdas de nylon o naturales,estos deben tener

-los extremos de los penachos(cerdas del cepillo)redondeados para evitar traumatizar los tejidos blandos.

Seda Dental:

La seda dental es un medio eficaz para limpiar - las superficies interproximales de los dientes.Su uso permite eliminar la placa,no desprender restos fibrosos de alimentos acunados entre los dientes y retenidos en la encía.La re moción de alimentos con la seda dental proporciona alivio - temporal y no permite que la situación se torne peor.Se puede utilizar seda encerada o sin encerar.

El Rotafolio:

Es un valioso auxiliar que consiste en una expo sición didáctica con una serie de hojas ilustradas con dibu jos y textos.Este permite una ordenación lógica y sistemática de un tema cualquiera,evitando omisiones y alteraciones en una exposición.Atrae y mantiene el interés de los oyentes visualiza algunos aspectos de difícil comprensión,esto fomen ta la simpatía y el interés por el asunto que se expone.

Aplicación Tópica de Fluor:

La aplicación de fluoruros es el principal méto do de prevención para la caries dental(en la actualidad),és te debe ser aplicado durante la prevención primaria,es decir protegiendo al individuo contra la aparición de la enferme dad caries.Es costumbre tratar los dientes en la edad de 3,- 7, y 10 años,para asegurar que los dientes en proceso de e rupción reciban los beneficios del fluoruro.Los tres princi pales agentes del fluoruro son:Fluoruro de sodio usualmente aplicado como una solución al 2% en agua destilada;Fluoruro-

-estannoso utilizado de 8 a 10%; Fluoruro de fósforo acidulado (1.23% de iones de fluor).

Un tratamiento de 2 a 4 minutos es suficiente para cada zona tratada (cuadrante).

A los geles se les añade con frecuencia sabores, por ejemplo, naranja, uva y lima.

El número de aplicaciones por paciente es de 1 a 3 veces por año.

2.4.5. PULPECTOMIA:

La pulpectomía es la intervención endodóntica - que tiene por objeto eliminar o amputar la pulpa de la cámara pulpar y del conducto radicular. Este procedimiento se lleva a cabo en dientes permanentes y temporales, en los cuales la pulpa dental es eliminada por causas irreversibles.

La pulpectomía ayuda a la permanencia o mantenimiento del diente en su alvéolo, esto es ayudado por el estado de salud del parodonto.

Pulpectomía Parcial con Formocresol:

Una pulpectomía parcial es la extirpación de la porción coronal de la pulpa vital que peligra por la enfermedad caries; con el objeto de mantener la salud de la porción remanente (radicular) de la pulpa dentaria. Este procedimiento está considerado como el tratamiento de elección de los dientes temporales, con exposiciones de pulpas dentarias vitales y también en dientes permanentes con ápice inmaduro.

El tratamiento con Formocresol ha sido ampliamente utilizado en esta técnica, cuya función es fijar el tejido accidentalmente expuesto, ya sea por lesión mecánica, o por la enfermedad de la caries dental.

2.4.6. CIRUGIA MENOR:

Procedimientos encaminados a eliminar los daños-irreversibles en tejidos duros y blandos en cavidad oral.

Extracciones;Indicaciones,

En afecciones dentarias:

Afecciones pulpares;para los cuales no hubiera tratamiento - conservador.

Complicaciones de lesiones cariosas en los tejidos vecinos;

Caries penetrante que no puede ser tratada.

En afecciones parodontales;enfermedades parodontales degenerativas,

o con tejido de soporte

óseo con demasiada destrucción -

que ocasiona movilidad extrema -

del órgano dentario.

OTROS.....

Por razones ortodónticas,prótesicas y estéticas; dientes temporales persistentes;dientes supernumerarios que hayan hecho erupción;dientes permanentes o temporales que - por razones prótesicas y ortodónticas,el especialista indicará la extracción.

Frenilectomia Labial.

Se lleva a cabo por la presencia de frenillos anormalmente grandes,los cuales se encuentran en niños y algunas veces en adultos.Está anomalía se asocia con un diastema entre el incisivo central primario o los centrales permanentes brotados o en proceso de erupción.

La eliminación del frenillo ayuda al tratamiento ortodóntico,corrigiendo la presencia de diastemas entre los-

-incisivos centrales superiores. Así mismo este procedimiento nos ayuda cuando se van a elaborar prótesis superiores.

Frenilectomía Lingual.

Está se realiza generalmente en pacientes infantiles, y en adultos, los cuáles tienen un frenillo lingual hipertrófico sin tratar. Su eliminación previene defectos en la fonación y la deglución e impide el desarrollo de úlceras en la base del frenillo.

2.4.7. ORTODONCIA PREVENTIVA.

Mantenedor de espacio; la elaboración del mantenedor de espacio es sencilla y nos sirve para preservar el espacio de la arcada infantil después de la extracción de una pieza dental mediante la construcción postoperatoria de éste tipo de mantenedor. Este tipo de mantenedor de espacio se coloca inmediatamente después de haber realizado la extracción de una pieza dental posterior.

2.4.8. RADIOLOGIA.

Es un medio auxiliar que nos sirve para determinar el diagnóstico y tratamiento de lesiones en tejidos duros y blandos en cavidad oral, en el Modelo de Servicio Odontológico se llevarán a cabo los siguientes estudios radiográficos:

Periapical (adulto e infantil); son películas intraorales que abarcan el diente entero y sus estructuras adyacentes. Se utilizan para examinar los tejidos que rodean la raíz dentaria, Aunque se utilizan también para detectar caries.

Aleta de mórddida;estás revelan la presencia de caries sospechosa,interproximal y recurrente.También se utilizan para evaluar las crestas interproximales,así como la presencia de enfermedad parodontal.

Oclusales;se utilizan para examinar grandes zonas del maxilar superior e inferior,por fracturas,fragmentos de raíces,dientes que no han hecho erupción,lesiones como quístes,etc.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- A.Mason Rita.;Guía para la radiología dental.
Edit:El manual moderno S.A.
1979.
- 2.- B.Finn Sidney.;Odontología pediátrica.
Edit:Interamericana.
4a.Edición.
1976.
- 4.- Chavés.Mario M.;Odontología Sanitaria.
Organización Panamericana de la Salud.
Publicaciones Científicas No.63
1962.
- 7.- J.Harty.F. ;Endodoncia en la práctica clínica.
Edit:El manual moderno S.A.
1979.
- 8.- Legarreta Reynoso L. ;Clínica de parodoncia.
Edit:La prensa médica mexicana.
1977.
- 12.- Velázquez Tomás.;Anatomía patológica dental y bucal.
Edit:La prensa médica mexicana.
- 10.- O.Forrest John.;Odontología preventiva.
Edit:El manual moderno S.A.
- 35.- Mata Quiñones Manuel y Col.;Programa de prácticas de Lab.
Odontológico de 3o,4o y 5o.º
semestre.
Mat.apoyo.UNAM.
ENEP,Zaragoza.
1978.
- 36.- Martínez Ramos Blanca I.;Técnicas radiográficas Intraora
les I y II.
C.L.A.T.E.S.
México,1975.

C A P I T U L O 3

PAPELERIA ADMINISTRATIVA Y ODONTOLOGICA

A causa de la gran cantidad y variedad - de contra-tiempos que se presentan al realizar tra_utamientos dentales fue necesario elaborar una forma de diagnóstico dental acorde a las exigencias - del programa en el Modelo de Servicio Odontológi - co. Está proporciona datos valiosos, en cuanto a los antecedentes generales del paciente, así como el co_nocimiento actual de lesiones en tejidos duros y - blandos en cavidad oral, induciendo mediante suges_tiones pertinentes la anotación de datos clínicos que puedan fundamentar un diagnóstico acertado y una terapéutica adecuada.

Así mismo se incluye el manejo de pape_rleria, valioso complemento de la administración y - organización, la cuál procurará al profesionista el tiempo y la concentración que éste requiere para - su trato con el paciente.

3.1. FORMA DE DIAGNOSTICO INTEGRAL.

NOMBRE:.....SEXO:.....EDAD,.....
 DOMICILIO:.....TEL:.....
 ESCUELA:.....GRADO:.....GPO:....
 OCUPACION:.....NIVEL:.....FECHA:.....

NOMBRE; se anota el apellido paterno, materno y nombre del paciente.

Nos permite la identificación del paciente.

SEXO; se anota una (M) si es masculino; o (F) si es femenino.

Proporciona información demográfica.

EDAD; se anota la edad en años cumplidos.

Proporciona información demográfica.

DOMICILIO; se anota el nombre de la calle; No. oficial; depto; colonia; Z. P.

Nos permite la localización del paciente.

TELEFONO; se anota éste, si procede el caso.

Permite la comunicación instantánea con el paciente.

ESCUELA; se anota el nombre de la escuela.

Nos permite la localización del paciente en el período escolar.

GRADO; se anota el grado escolar del paciente.

Nos permite conocer el grado de escolaridad del paciente .

GRUPO; se anota el grupo al cual corresponde el paciente , a atender.

Facilita la localización del paciente en el periodo escolar.

OCUPACION; se anota ,si procede el caso.

Proporciona información adicional en casos de patologías relacionadas con la profesión.

NIVEL; anotamos el nivel, al cual corresponda el paciente, urgencia, tratamiento o mantenimiento.

Nos permite determinar el flujo de pacientes por la clínica.

FECHA; se anota día, mes y año actual.

Nos permite conocer la fecha del ingreso del paciente.

3.2. ANTECEDENTES

Se anotan los antecedentes generales del paciente, los cuales nos permiten conocer el estado de salud general del mismo.

ESTA UD. BAJO TRATAMIENTO MEDICO; se anota si, o no está acudiendo el paciente al médico.

Nos permite determinar enfermedades de aparatos y sistemas como son; enfermedades del aparato respiratorio, del tubo digestivo, etc.

HA PADECIDO TUBERCULOSIS?; se anota si hay pérdida de peso; si hay fatiga; si tos persistente acompañada de sangre.

Nos permite la canalización del paciente.

ES UD. ALERGICO A LA PENICILINA U OTRO MEDICAMENTO?;

Se anota si el paciente después de haber ingerido o inyectado fármacos, tu alguna sensación particular que inci-

-tará a rascarse (prurito); si se presentaron erupciones cutáneas (urticaria); - si hubo inflamación de la piel (dermatitis); si tuvo deficiencia respiratoria de tipo espiratorio de duración variable con silbancias y sensación de constricción (asma).

Nos permite prevenir la presentación de las siguientes manifestaciones tóxicas: Anafilaxia; shock o colapso cardiovascular agudo; Alergia simple, edema, erupciones, urticaria, etc; Alteraciones auditivas; lesión del VIII par craneano y del nervio coclear: Reacciones hematopoyéticas; anemia aplástica: Reacciones renales y hepáticas; lesión tubular renal y necrosis hepática.

HA TENIDO PROBLEMAS CARDIOVASCULARES (ANGINA DE PECHO, HIPERTENSION, ETC)?; anotamos si hay dolor opresivo y abrumador en la región cardiaca, después de realizar algún ejercicio; si este dolor desaparece al cesar el ejercicio; si al presentarse éste, el paciente conserva una posición fija; si hay dolor intenso y duradero de tipo opresivo durante el sueño, acompañado de palidez y sudor frío; pulso-

-débil y rápido, a veces irregular; si hay debilidad progresiva, pérdida de peso, disnea, anorexia y molestias de tipo gripal; si hay dolor en las articulaciones y coloración (especialmente rojiza) en muñecas, tobillos, codos y rodillas; aumento de la presión (hipertensión).

Nos permite canalizar al paciente, así como prevenir accidentes en el Modelo de Servicio Odontológico.

ES UD. PROPENSO A LA HEMORRAGIA?; se anota si el paciente ha tenido hemorragia espontánea a postextracción (después de la extracción); si ha tenido problemas con la coagulación; si sangra la encía, sin la presencia de irritantes locales (sarro, cálculos).

Nos permite prevenir problemas hematológicos (de hemorragia) en el Modelo de Servicio Odontológico.

DIABETES?; se anota si el paciente tiene debilidad general, pérdida de peso, a pesar del aumento en la ingestión de alimentos (polifagia), sed intensa (polidipsia), eliminación de grandes volúmenes de orina (poliuria).

Nos permite prevenir, determinar y canalizar los -
problemas metabólicos que presente el paciente.

HA TENIDO COMPLICACIONES CON LA ANESTESIA LOCAL?;

Se anota si el paciente ha tenido e -
rupciones cutáneas, convulsiones, depre -
ciones, crisis agudas de asma y descama -
ciones epiteliales.

Nos permite determinar posibles complicaciones.

SE ENCUENTRA EMBARAZADA?; se anota el trimestre co -
rrespondiente, si procede el caso.

Nos permite prevenir posibles complicaciones.

MEDICO GENERAL DEL PACIENTE; se anota el apellido
paterno, materno y nombre.

Permite la identificación del médico que atiende a
nuestro paciente.

TELEFONO; se anota, si procede el caso.

Nos permite comunicarnos al momento con el médico
del paciente.

3.3. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Higiene general; se subraya, (buena, regular, deficien -
te), según proceda el caso.

Nos permite conocer el estado de higiene general -
del paciente.

Inmunizaciones; se subraya (B, C, G., Antivarilosa, Anti -
polio, D, P, T.), según proceda el caso.

Nos permite conocer el grado de prevención que po -
see el paciente.

Examen de Cabeza y Cuello; se subraya (Braquicéfalo, Doliocéfalo, Mesocéfaño), según proceda el caso.

Nos permite valorar las estructuras extrabucales y relacionarlas con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales.

Ganglios Linfáticos; describir la palpación de éstos.

Nos permite relacionar las enfermedades de origen local con las sistémicas.

3.4. EXAMEN DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

1.-Ha oído u oye ruidos cuando mueve la mandíbula.

2.-En la mañana siente duros (cansados los músculos de la mandíbula o se fatiga comiendo).

3.-Ha tenido o tiene dificultad para abrir la boca.

4.-Ha sentido o siente la mandíbula trabada

5.-Se ha quedado alguna vez con la boca abierta.

6.-Ha sentido dolor al abrir mucho la boca, o al realizar movimientos con la mandíbula.

7.-Ha tenido dolores en la cara, o en la articulación de la mandíbula.

	SI	NO	NS
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

No hay síntomas subjetivos.

De la pregunta 1 a la 7 se señala con una X en el cuadro correspondiente; SI, NO, NS (no sabe), y de acuerdo a éstas se procede a llenar el cuadro de la pregunta No.8. Todas las preguntas de la 1 a la 7 son a manera de interrogatorio.

Hallazgos Clínicos.

Ruidos articulares SI NO

Se anota en el cuadro correspondiente la presencia o no de ruidos articulares (escuchados o no por el examinador).

Dolor en las A.T.M.

Palpación lateral SI NO

Palpación posterior

Se anota una X en el cuadro correspondiente.

PALPACION LATERAL; se ordena hacer al sujeto tres movimientos de apertura y cierre y se palpa lateralmente el área de las A.T.M.

PALPACION POSTERIOR; se ordena al sujeto hacer tres movimientos de apertura máxima, el examinador coloca el extremo de sus dedos meñiques en el conducto auditivo externo (detrás del trago) y presiona hacia adelante, luego se ordena hacer movimiento de cierre.

DOLOR MUSCULAR.

Temporales,

Maseteros,

Pterigoideos Externos.

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se anota una X en el cuadro correspondiente.

TEMPORALES; se colocan los pulpejos de los dedos sobre los músculos temporales y se ordena al sujeto hacer oclusión forzada tres veces. El examinador notará la contracción muscular y si se produce dolor al palpar.

MASETEROS; se coloca el pulpejo de los dedos pulgares en el borde anterior del músculo y el índice en su borde posterior, se ordena al sujeto hacer oclusión forzada tres veces y el examinador notará la contracción del músculo y si se produce dolor.

PTERIGOIDEOS EXTERNOS; se coloca el dedo índice por fuera del ángulo mandibular y se hace presión. El sujeto no hace oclusión y tiene la cabeza hacia adelante.

Se determinará si hay dolor al presionar el área bilateralmente.

NOTA; no se requiere palpar todos los músculos, puesto que lo que se pretende es establecer si hay dolor en algunos músculos masticatorios.

APERTURA MAXIMA Mm DOLOROSA SI NO

Se anota la apertura máxima, y en el cuadro correspondiente una X, si es o no dolorosa.

Apertura máxima; se ordena al sujeto realizar apertura máxima, y se mide con regla milimetrada el espacio comprendido entre el borde del incisivo superior y el inferior.

NOTA; si el paciente es edéntulo, la medida se tomará a partir de los rebordes alveolares.

El examinado necesita tratamiento SI NO

Se anota una X en el cuadro correspondiente.

Todo lo anterior nos permite determinar alteración en la A.T.M., así como de sus estructuras adyacentes.

3.5. ANOMALIAS DENTOMAXILARES.

Se anota una X en los cuadros correspondientes.

	CONDICION	SI	NO
PALADAR HENDIDO; defecto relativo al desarrollo del paladar duro o blando; puede ser completo o incompleto, unilateral o bilateral.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LABIO LEPORINO; defecto relativo al desarrollo del labio; puede ser completo o incompleto, unilateral o bilateral.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOBRE POSICION MAXILAR; retrognatismo, distancia-anormal (4 mm o más) entre
 los tercios incisales de las superficies linguales de los dientes anteriores superiores y los tercios incisales de las superficies labiales de los dientes anteriores.

SOBRE POSICION MANDIBULAR; prognatismo, distancia horizontal anormal entre
 los bordes incisales superiores y los bordes incisales inferiores; los superiores están atrás de los inferiores o parejos (borde con borde).

MORDIDA CERRADA; estando en oclusión, los incisivos superiores sobre pasan anormalmente en sentido vertical a los incisivos inferiores más allá del tercio incisal.

MORDIDA ABIERTA; cuando en oclusión centríca, los dientes anteriores superiores no hacen contacto con los anteriores inferiores. Es requisito para calificar esta condición que la erupción de los dientes anteriores sea completa.

APIÑAMIENTO; alteración de la relación óseo-dental -
 por tamaño reducido de los maxilares, o
 tamaño excesivo de los dientes, y que -
 se manifiesta por estrechamiento de -
 los espacios que normalmente deberían
 ocupar los dientes creando una desarmo-
 nía en el alineamiento de éstos.

DIASTEMA; separación excesiva, desproporción entre -
 el tamaño de los maxilares y los dien-
 tes, presentando aumento de los espa-
 cios normales entre los dientes.

MORDIDA CRUZADA ANTERIOR; está condición se refiere
 únicamente a dientes. Puede existir una
 oclusión normal posterior, y uno, dos, o
 más dientes inferiores anteriores y es-
 tar situados vestibularmente en rela-
 ción con los superiores.

MORDIDA CRUZADA POSTERIOR; las cúspides vestibula -
 res de dientes posteriores (bicúspides
 y molares) inferiores ocluyen vestibu-
 larmente con los superiores respecti-
 vos.

Todo lo anterior nos permite determinar anomalías
 dentomaxilares.

3.6. PATOLOGIA DE TEJIDOS BLANDOS ORALES,

PREMALIGNAS	CONDICION	SI	NO
-------------	-----------	----	----

<p>LEUCOQUERATOSIS; la mucosa del paladar duro se presenta de color blanco grisáceo con multiples formaciones papulares de uno a cinco mm; con pequeño punto rojo en su centro o de superficie plana y "agrieta da".</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

<p>LEUCOEDEMA; velo blanco grisáceo, semitransparente, bilateral que compromete ampliamente la mucosa del carrillo. Cuando se distiende la mucosa el Leucoedema desaparece, al regresar la mucosa a su posición original, la entidad reaparece.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

<p>LEUCOPLASIA; área o parche blanco, que no despega al raspado, y que no puede diagnosticarse clínicamente como alguna otra entidad.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

OTRAS.....; se anotan todas aquellas patologías que comprometan a los tejidos blandos orales.

OBSERVACIONES; se anotan todas aquellas patologías de etiología dudosa y observación clínica específica.

Se anota una X en el cuadro correspondiente.

Todo lo anterior nos permite determinar la presencia de patologías premalignas en tejidos blandos orales.

3.7. PATOLOGIA DE LOS TEJIDOS BLANDOS ORALES.

CONDICION	SI	NO
<p>ABSCESO DE ORIGEN DENTARIO SIN FISTULA; Colección purulenta localizada sin fístula, prominente, de rápida evolución, localizada en mucosa oral relacionada con tejido dental. La mucosa en relación con la lesión se observa enrojecida; el diente causante puede presentar movilidad con síntoma doloroso presente o no al tocarlo.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>FISTULA EN TEJIDO BLANDO ORAL; pequeña perforación de la mucosa oral o de la piel relacionada con dientes, por la cuál emerge pus o existe historia previa clara de un absceso dental previo.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>ANQUILOGLOSIA (parcial con trastorno periodontal); frenillo lingual corto y grueso, que dificulta el tocar con la punta de la lengua el paladar blando, teniendo el sujeto su boca abierta al máximo, y que produce alteraciones periodontales a nivel de la inserción alveolar del mismo, que es alta y cercana al margen gingival.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LENGUA FISURADA, crenada, saburral; las papilas del dorso lingual se hallan separadas en grupos bien definidos por fisuras profundas que llegan hasta la punta o bordes laterales linguales. Estas fisuras pueden o no, ser ramificaciones de fisuras localizadas en la línea media.



NOTA: El examinador al encontrar lengua fisurada debe observar con gran cuidado para buscar zonas geográficas en dorso lingual o mucosa oral.

GINGIVITIS; se anota si la encía sangra fácilmente, por la presencia de irritantes locales, si hay pérdida del puntílleo característico, si hay inflamación que involucre a las pápilas interdentes.



NOTA: en observaciones se hace la notación si hay presencia de gingivitis con un diagnóstico de presunción.

AFTA RECURRENTE; lesión redondeada u ovoide menor de un centímetro esta cubierto el centro de esta lesión por una membrana blanco amarillen-



-ta, de límites enrojecidos, presenta dolor espontáneo o no, dolorosa al tocarla y se halla - historia previa de lesiones similares.

El sujeto no presenta cicatrices orales como consecuencia de lesiones previas.

NOTA: Si un sujeto presenta aparentemente un Afta - recurrente y no narra experiencia previa, no se diagnosticará como tal.

ULCERA ORAL con causa aparente; lesión destructiva de tejidos blandos orales, cuyo fondo es limpio o recubierto por membrana gris-amarillenta, asintomática o dolorosa a la palpación y directamente relacionada con una causa que pueda explicarla.

NOTA: La causa puede ser una prótesis total o removable traumática, aparatos de ortodoncia, bordes dentarios agudos cortantes o de restauraciones, trauma físico previo accidental o intencional, u otros.

ULCERA ORAL sin causa aparente; lesión destructiva de tejidos blandos orales, de bordes regulares o irregulares, blandos o

-duros, levantados o no, cuyo fondo es limpio o recubierto de membrana gris-amari-llenta, asintomática o dolorosa al tacto y para la cual no puede establecerse una causa aparente, y que ha persistido por varias semanas.

NOTA: Una úlcera a la cual el examinador no obstante todo su empeño, no puede determinarle una causa, se considera para propósitos de análisis como maligna o como manifestación oral de un trastorno sistémico. El sujeto afectado por una úlcera de esta naturaleza debe remitirse de inmediato al especialista en patología oral.

AUMENTO TISULAR SIN CAUSA APARENTE;

Crecimiento de tejido blando o duro (hueso), recubierta por mucosa de color normal o blanquecino, de base sésil o pediculada, de tamaño y forma variable, asintomática o dolorosa al tacto, y a la cual por medio del interrogatorio o el examen clínico no puede asociarse con una causa determinada.



NOTA: El criterio pretende descubrir aquellas lesiones que no tienen causa aparente y que por definición se consideran tumores. Un aumento tisular sin causa aparente de larga evolución puede ser un tumor benigno, si es de corta evolución puede ser un tumor maligno o la manifestación oral de un trastorno sistémico.

AUMENTO TISULAR CON CAUSA APARENTE:

Crecimiento firme recubierto por mucosa de color normal o blanquecino, de base sésil o pediculada, de tamaño y forma variables, asintomática y que tiene una causa demostrable.

NOTA: La causa de éstos aumentos de tejido puede ser trauma masticatorio, hábito de morderse el carrillo, trauma de mucosa oral por diastemas (ausencia de piezas dentales) entre los dientes, - malposiciones dentarias (como mórdida cruzada y borde a borde) alteraciones en la línea de oclusión y otros.

Se anota una X en los cuadros correspondientes.

OBSERVACIONES: Aquí se anota el diagnóstico de presunción.

Todo lo anterior nos permite determinar las alteraciones de los tejidos blandos orales.

3.8. ODONTOGRAMA.

48

3.8.1. DIENTES PERMANENTES:

- a) Cariadas; se anotan cuántos dientes permanentes cariados hay.
- b) Perdidas; se anotan los dientes permanentes perdidos.
- c) Obturados; se anotan los dientes permanentes obturados.
- d) Extracciones indicadas; se anotan las extracciones indicadas en dientes permanentes.
- e) Se anotan los dientes sanos en permanentes.

3.8.2. DIENTES TEMPORALES:

- a) Cariadas; se anotan cuántos dientes temporales cariados hay.
- b) Perdidas; se anotan los dientes temporales perdidos.
- c) Obturados; se anotan los dientes temporales obturados.
- d) Extracción indicada; se anotan las extracciones indicadas en dientes temporales.
- e) Se anotan los dientes sanos, temporales.

Los puntos 1 y 2 nos permiten determinar las enfermedades del tejido dentario.

ODONTOGRAMA

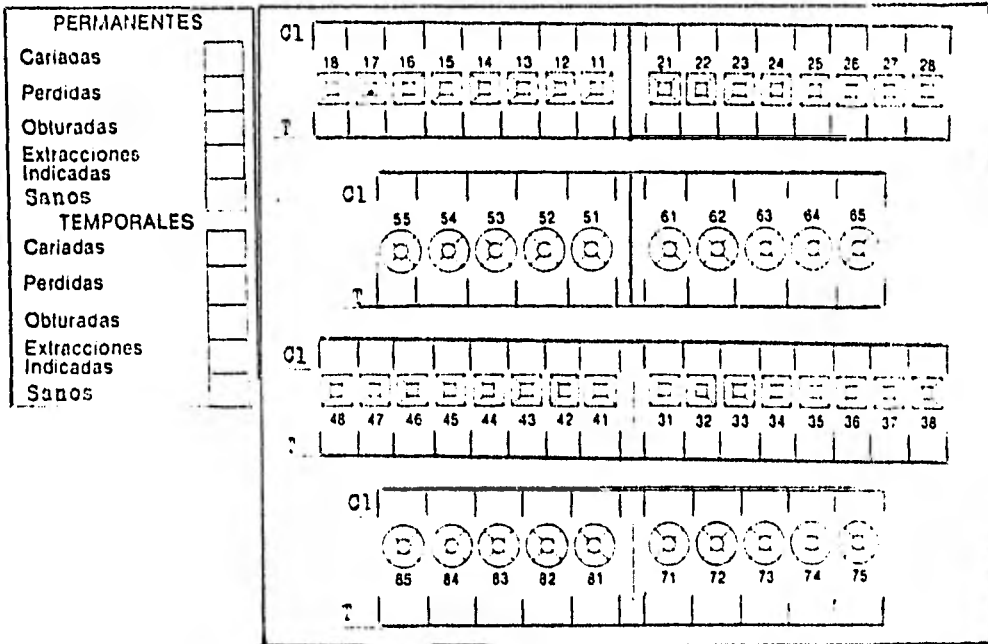


Fig. 3.

D E N T A L E S

Donde se indica el símbolo Cl, anotamos la clave que corresponda a la enfermedad dental presente.

- 1.-Para aquellos dientes que presentan caries.
- 2.-Para el diente faltante.
- 3.-Cuando el diente ha sido extraído.
- 4.-Para una restauración satisfactoria.
- 5.-Cuando la restauración esta defectuosa.
- 6.-Para la restauración defectuosa que ha sido substituida.
- 7.-Cuando hay necesidad de colocar una restauración.
- 8.-Para el diente ya restaurado.
- 9.-Cuando hay una corona satisfactoria.
- 10.-Para la corona defectuosa o la necesidad de coronas.
- 11.-Cuando una corona ha sido colocada.
- 12.-Si el diente va a ser extraído.

NOTA: En los dientes que presentan caries (1), se omite el llenado de las caras del diente, labial, lingual, etc, debido a que nos interesa saber solo si está presente la lesión.

CODIGOS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TEJIDOS
DENTARIOS

Donde se indica el símbolo T; se anota el tratamiento a seguir de los tejidos dentarios, así tenemos:

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| A. Amalgama | B. Resina | C. Incrustación
Oro. |
| D. Incrustación
Clev-dent. | E. Obturación
I.R.M, | F. Otros. |

DIENTE	PRIMERA CONSULTA				ULTIMA CONSULTA			
	0	1	2	3	0	1	2	3
1A DIENTE MOLAR SUP. DER.								
1B DIENTE MOLAR SUP. IZQ.								
2A DIENTE MOLAR SUP. DER.								
2B DIENTE MOLAR SUP. IZQ.								
3A DIENTE MOLAR INF. DER.								
3B DIENTE MOLAR INF. IZQ.								
4A DIENTE MOLAR INF. DER.								
4B DIENTE MOLAR INF. IZQ.								
CUMULA								
TOTAL								

Cuadro 3.

Se coloca una X en el cuadro correspondiente a la primera consulta, se procede hacer lo mismo en la última consulta.

3.9.1. CODIGO DEL INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA.

Se anota la presencia de materia blanda adherida a la superficie de los dientes formada por mucina, bacterias y restos de alimentos, y clasificarse en el siguiente CODIGO en dientes permanentes:

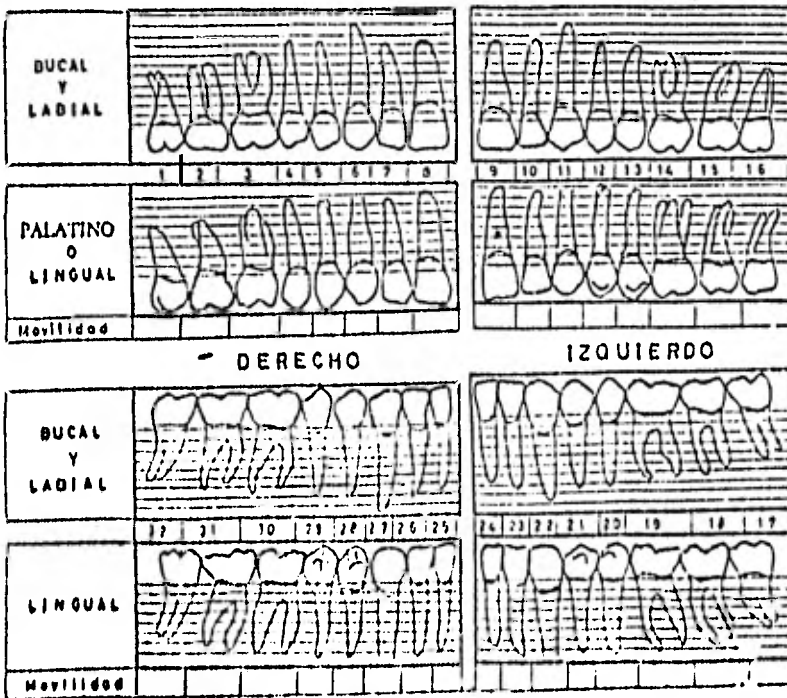
- a) 0 (libre); ausencia de placa bacteriana o mancha extrínseca en la superficie examinada.
- b) 1 (hasta 1/3); presencia de placa bacteriana cubriendo no más de 1/3 de la superficie del diente, o ausencia de placa bacteriana, más presencia de mancha extrínseca.
- c) 2 (entre 1/3 y 2/3); presencia de materia alba cubriendo más de 1/3, pero no más de 2/3 de la superficie examinada; podrá o no haber presencia de mancha extrínseca.
- d) 3 (más de 2/3); presencia de materia alba cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no la presencia de mancha extrínseca.

3.9.2. SUPERFICIE Y DIENTES A SER EXAMINADOS.

DIENTE	SUPERFICIE	DIENTE SUSTITUTO
16(Ier.mol.sup.der)	Vestibular	17
11(Incis.cent.sup.der)	Labial	21
26(Ier.mol.sup.izq.)	Vestibular	27
36(Ier.mol.inf.izq)	Lingual	37
31(Incis.cent.izq.)	Labial	41
46(Ier.mol.inf.der.)	Lingual	47

Todo lo anterior nos permite evaluar el IHOS(Índice de higiene oral simplificado)de los dientes permanentes.

3.10. PARODONTOGRAMA.



Cada línea entre las líneas corresponden a 2 mm

Fig.4.

El parodontograma se llena de acuerdo a las siguientes indicaciones:

SARRO; si hay presencia de éste a nivel supragingival se indica en el Parodontograma con líneas azules por encima del margen gingival. Si éste se encuentra a nivel subgingival su presencia es indicada con líneas rojas por debajo del margen gingival.

Todo esto nos permite determinar las alteraciones localizadas en la encía.

MOVILIDAD DENTAL; se anota en el cuadro correspondiente (L), si el movimiento es leve, apenas perceptible por el operador; (M), si el movimiento es marcado; su movimiento está dentro del radio de un milímetro; (Ma), si el movimiento es marcado, el diente cede al apretar y gira.

BOLSAS PARODONTALES; se anota una línea verde según sea el caso, en el espacio y diente correspondiente; bolsa poco profunda (hasta 3mm), parodontitis simple; bolsa parodontal con más de (3mm) sin inflamación, parodontitis necrótica; bolsa parodontal con más de (3mm), con inflamación, parodontitis compleja.

Todo lo anterior nos permite determinar la profundidad patológica del surco gingival, así como la destrucción de tejidos periodontales.

3.11. ENDODOGRAMA

54

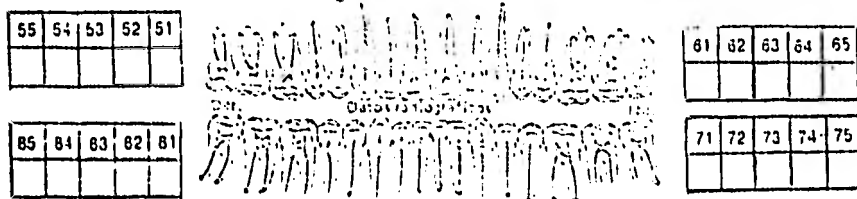


Fig. 5.

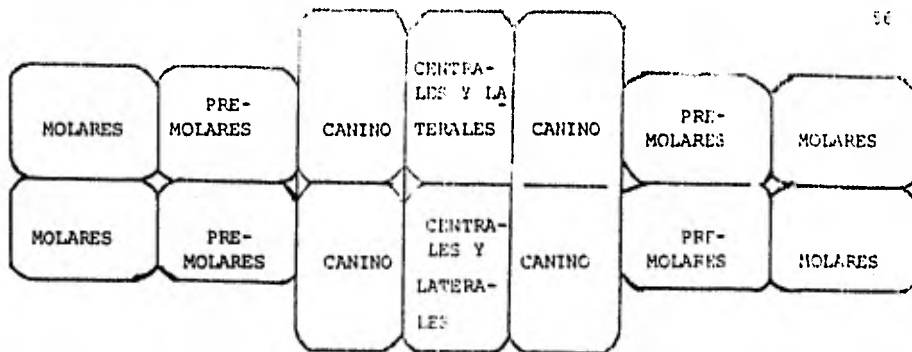
Este endodograma se llena de acuerdo a las siguientes indicaciones:

- a) Un diente tratado mediante endodoncia es indicado trazando una línea azul, siguiendo el eje longitudinal del mismo.
- b) El diente que requiere tratamiento endodóntico es indicado trazando una línea roja a través del eje longitudinal del diente.
- c) Cuando el tratamiento endodóntico este terminado, se traza una línea negra, sobre la roja, a través del eje longitudinal del diente.

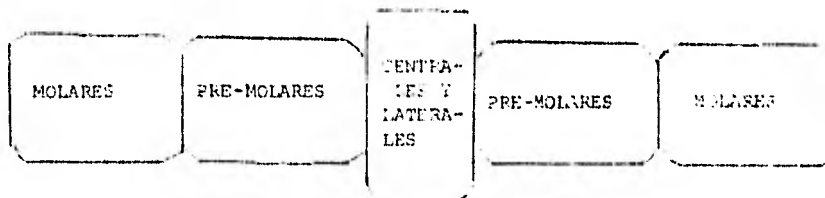
NOTA: Si hay necesidad de tratamiento pulpar en dientes temporales, se anota P, en el cuadro correspondiente, si es pulpectomía, y Pvf, si es pulpectomía vital con formocresol.

En el Odontograma, el diente que requiera de tratamiento pulpar se indica de color rojo sobre las caras del diente.

1.17. FORMA PARA ORDENAR LAS RADIOGRAFIAS.



Nos permite ordenar adecuadamente los exámenes periapicales completos.



Nos permite ordenar adecuadamente los exámenes radiográficos interproximales completos.

NOTA: Las radiografías Oclusales (estudio realizado) se ordenará con las indicaciones respectivas en el propio paquete.

PROTESIS

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	37	37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47	48	
15																																	
16																																	
17																																	

Fig.6.

Prótesis; si el paciente tiene la necesidad de prótesis fija, removible y total, se indican de acuerdo al siguiente CODIGO.

CODIGO

Si el paciente tiene prótesis funcional.

El paciente tiene prótesis no funcional, y se requiere cambiarla por otra nueva.

Cuando el paciente tiene prótesis no funcional, pero admite que sea reparada, no requiriendose su cambio.

Si la persona examinada no posee algún tipo de prótesis que este necesitando y se requiere la elaboración de ésta.

No aplicable; cuando la persona examinada no posee ningún tipo de prótesis y no la necesita.

NOTA: El CODIGO correspondiente se anota en los pilares en donde se inicie la prótesis y trazamos una línea horizontal a través de los dientes sustitutos que vaya a terminar en el otro pilar y final de la prótesis.

3.15. PRESUPUESTO

58

PRESUPUESTO \$

FECHA	HABER	SALDO	FIRMA	FECHA	HABER	SALDO	FIRMA

cuadro 5.

- Presupuesto; se anota en números m/n.
- Fecha; se anota, día, mes y año actual.
- Haber; se anota la cantidad (\$) que deja el paciente por pago de honorarios en m/n.
- Saldo; cantidad que resta (\$) el paciente por concepto de honorarios.
- Firma; firma del paciente, estando de conformidad - (común acuerdo) con el cirujano dentista, con respecto al tratamiento.

Todo lo anterior nos permite el conocimiento del presupuesto en m/n del tratamiento.

NOTA: Solo para aquellos que elijan pago por acto.

3.16. TRATAMIENTO

CITA	FECHA	LABOR EJECUTADA	FIRMA

Cuadro 6.

Cita; anotamos el número de cita que corresponda.

Fecha; se anota, día mes y año actual.

Labor ejecutada; el o los dientes intervenidos, se -
indican de acuerdo al número que
corresponda y código de tratamien-
to respectivo.

Firma, se le pide al paciente su firma, de conformi-
dad con el procedimiento dental efectuado.

NOTA: Dentro del tratamiento se le da prioridad al
cuadrante más dañado por las enfermedades den-
tales presentes.

Además se elaborará un libro de citas -
programadas, para el control de éstas.

Todo esto nos permite el control del tratamiento -
que se esté llevando a cabo.

3.17. TRABAJOS DE LABORATORIO:

FECHA	DESCRIPCION	MATERIAL			COSTO.S.....
		P	S	HABER	

Cuadro 7.
 Fecha, se anota día, mes y año actual.
 Descripción, se llena de acuerdo al sig.CODIGO:

- Prótesis fija.....I
- Prótesis removible....II
- Prótesis total.....III
- Coronas.....IV
- Incrustaciones.....V
- Oro.....A
- Porcelana.....B
- Clev-dent.....C
- Cromo cobalto.....D
- Acrílico procesado....E
- Acrílico porcelana....F
- Corona veneer.....1
- Corona total.....2
- Corona 3/4.....3
- Corona 4/5.....4
- Incrustación Telsy....5
- Incrustación MOB.....6
- Incrustación MO.....7
- Incrustación MO.....8

Material, se anota una X en el cuadro correspondiente, P, si es precioso, o S, si es semiprecioso.

Costo; se anota el costo total del trabajo enviado al laboratorio.

Haber; se anota la cantidad en m/n, que deja el paciente por el trabajo enviado al Laboratorio.

Saldo; se anota la cantidad que resta el paciente en m/n por concepto del trabajo enviado al Laboratorio.

NOTA: Los honorarios de éstos trabajos (prótesis), se cobrarán en base al tiempo insumido por TOMADE IMPRESIONES. Se aplicará a todos aquellos pacientes que no estén dentro del programa en Modelo de Servicio Odontológico.

Todo lo anterior nos permite el control del(os) trabajo(s) enviado(s) al Laboratorio.

DIAGNOSTICO:Se anota el diagnóstico, ya sea de presunción, diferencial, o definitivo.

PRONOSTICO:Se anota la previsión del desenlace de la enfermedad, ya sea éste favorable, desfavorable, dudoso o reservado.

OBSERVACIONES:Se anotan las observaciones pertinentes.

3.19. INDICACIONES PARA EL MANEJO DE
ARCHIVO

64

Para tener un mayor control dentro del -
Modelo de Servicio Odontológico, el sistema adminis-
trativo que a continuación se incluye debe estar fo
llado, y éste debe ser en orden creciente:

- a) Forma de Pre-pago.
- b) Forma para referir al especialista.
- c) Recetarios.
- d) Recibo por pago de Honorarios.
- e) Recordatorio de citas periódicas.
- f) Tarjeta de citas.

Las citas del paciente en nuestro Modelo
de Servicio Odontológico serán controladas de la
siguiente manera; citas, previa programación de tra-
tamiento, las cuales estarán ya preestablecidas una
vez que el paciente acepte el tratamiento, o la in-
corporación a nuestro programa de atención Odontó-
logica; cita espontánea o de urgencia, para las cua-
les debemos tener un tiempo disponible para que no
afecte nuestro plan de trabajo; cita de revisión pe-
riódica o Mantenimiento, las cuales serán intercala-
das en nuestro horario de trabajo sin afectar a
los anteriores (A y B).

D
I
A

AÑO.....

URGEN- TRATA- MAN TE-
CIAS MIEN- NIEN-
TO TO

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

MES
ENERO
FEBRERO
MARZO
ABRIL
MAYO
JUNIO
JULIO
AGOSTO
SEPTIEMBRE
OCTUBRE
NOVIEMBRE
DICIEMBRE
Cuadro 9

Indicaciones:

Año: Se anota el año actual en números.

Día: Se relaciona con los meses respectivos, indicando con una paloma el ingreso del paciente.

Urgencia: Se coloca una X de color rojo en el cuadro correspondiente.

Tratamiento: Anotamos una X de color amarillo en el cuadro indicado.

Mantenimiento: Llenamos con una X de color verde la casilla correspondiente.

Cuota: Se anota la cuota (honorarios), en números m/n, correspondiente.

Todo lo anterior nos permite observar el ingreso de los pacientes en los diferentes niveles, así como determinar la fluidez de los mismos, obteniéndose una relación con la cuota a pagar a su paso por los distintos niveles.

b) FORMA PARA REFERIR AL ESPECIALISTA

66

Historia Clínica	
Historia	Examen
Examen Dr.	
Apoyado la atención con el paciente, a fin de que se refiera a	
al nombre de su consultorio.	
Además de lo anterior.	
Apoyado de atención al paciente, a fin de que se refiera a	
al nombre de su consultorio.	
Atenciones	

Anotamos todos los datos necesarios del Dr. que remite al paciente. Se anota el nombre del Dr., al cuál referimos nuestro paciente, empezando por el apellido paterno, materno y nombre. Se anota la dirección del consultorio, a donde es referido el paciente. Se anota el nombre del paciente referido, así como todos los datos que se consideren necesarios.

Todo lo anterior nos permite comunicarnos con otros miembros de la salud. Esto ayuda, impidiendo el aislamiento del Cirujano Dentista.

c) R E C E T A R I O S

67

(Nombre del Doctor)
(especialidad)

(Dirección)

CEO P109. 476224
PEU. S. S. A. 12032

Teléfonos

Se anota el nombre del Dr. que expide dicha receta, empezando por el apellido paterno, materno y nombre. Se anota la especialidad adquirida por el profesional.

Se anota el domicilio del consultorio del profesional.

SE anota en caso positivo, si hay teléfono, el número del mismo.

Se anota el número de cédula profesional del Dr.

Se anota el registro de la S.S.A.

Se anotan las instrucciones para el paciente.

Todo lo anterior nos permite en forma escrita el tratamiento a seguir (fármacos u otros), -- así como sus indicaciones respectivas dirigidas al paciente.

RECIBO POR PAGO DE HONORARIOS	
<small>NO. DE REG. FED. DE CAUS. DEL CIRUJANO DENTISTA</small> <small>NO. DE REG. DEL IMSS</small>	<small>NO.</small> 602
<small>(Nombre del Doctor)</small>	
<small>NOMBRE</small> _____	
<small>DOMICILIO</small> TORRES ADALID No. 311-530	
<small>México</small>	<small>D. F.</small>
<small>RECIBI DE:</small> _____	
<small>LA CANTIDAD DE:</small> _____	
<small>DOMICILIO</small> _____	
<small>CONCEPTO</small> TRATAMIENTO DENTAL	
<small>MEXICO, D. F.</small>	<small>FECHA</small> _____

Se anota el No.de Reg.Fed.de Caus.Del Cirujano Dentista.

Número de registro del IMSS.

Número de folio(101,102,etc).

Se anota el nombre del Dr.,apellido paterno,materno y nombre.

Su domicilio:Calle,No.oficial,depto o Interior,etc.

En caso afirmativo,anotar el número de teléfono.

Población donde reside el Odontólogo.

Entidad federativa,en este caso el D.F.

RECIBI de,apellido paterno,materno y nombre del paciente.

La cantidad;se anota la cantidad en números m/n,--- también se anota en letra m/n.

Concepto;tratamiento dental,en este caso.

Lugar;se anota el lugar donde fue expedido dicho recibo(por honorarios).

Fecha;se anota el día,mes y año actual en que fue expedido este recibo.

Firma;firma el Dr.,que expidió este recibo(por honorarios).

Este recibo nos permite llevar un control para la declaración de IMPUESTOS.

e) RECORDATORIO DE CITAS PERIODICAS.

(Nombre del Doctor)	Le recordamos que durante
(especialidad)	este mes deberá ser examinado
(Dirección)	en este consultorio.
(Teléfonos)	Favor de hacer su cita con
	anticipación.
	Atentamente.
┌	┐
└	┘

69

Se anota el nombre del Dr., empezando por el apellido paterno. materno y nombre.

Se anota la especialidad adquirida del Dr., ya mencionado.

Se anota la dirección del consultorio.

Anotamos el número telefónico del mismo.

En el cuadro marcado, se anotan los datos pertinentes del paciente

Todo lo anterior nos permite notificar al paciente la revisión periódica a que debe someterse, una vez ya concluido su tratamiento. Y es lo que llamamos en nuestro Modelo de Servicio Odontológico, Mantenimiento de Salud.

f) TARJETA DE CITAS

70

CLINICA.....

NOMBRE DEL PACIENTE.....

FECHA DE INGRESO.....

EXPEDIENTE.....

DIA	FECHA	HORA	OBSERVACION

PORTADA :

REVERSO:

Anotamos el nombre de la clínica.
 Se anota el apellido paterno,materno y nombre del paciente.
 Se anota la fecha de ingreso del mismo.
 Se anota el número de expediente, en orden creciente.

REVERSO:
 Se anota el día de la semana, en el que el paciente tiene cita.
 Se anota día, mes y año actual, en el cuál, el paciente está acudiendo a dicha atención.
 Se anota la hora de cita del paciente.

OBSERVACIONES: A criterio del CIRUJANO DENTISTA, cambios de citas, etc.

Todo lo anterior nos permite controlar las citas de del(os) paciente(s).

B I B L I O G R A F I A

- 3.- Clínicas Odontológicas de Norteamérica.;
Dirección de la práctica privada.
Edit:Interamericana.
Vol.2.
1978.
- 6.- Glickman Irving.:Periodontología clínica.
Edit:Interamericana.
4a.Edición.
1974.
- 8.- Legarreta Reynoso L.:Clínica de parodoncia.
Edit:La prensa médica-mexicana.
1977.
- 9.- McElroy Donald L.:Diagnóstico y tratamientos Odontológicos.
Edit:Interamericana.
1971.
- 13.- W.Burket Lester.:Medicina bucal.
Edit:Interamericana.
4a.Reimpresión.
1973.
- 25.- Harari Haber Elías.:El manejo de la papelería administrativa en el consultorio del Odontólogo Moderno.
Rev:Asociación Dental Mexicana.
Vol.XXXVI- No.3
1979,Mayo-Junio.
- 26.- Historia clínica.;Armando Betancurt L.
Mat.apoyo.UNAM.
ENEP,Zaragoza.
1980.

30.- Jiménez G.Raúl.: Informe sobre consultoría al Departamento de Estomatología de la Universidad Católica Madre y Maestra Santiago de los Caballeros. República Dominicana.
OPS/OMS.
1979.

51.- Tarjetas de citas.: UNAM.
ENEP, Zaragoza.
1980.

CAPITULO 4

RECURSOS DEL MODELO DE SERVICIO ODONTOLÓGICO

4. RECURSOS DEL MODELO DE SERVICIO ODONTOLOGICO

Son aquellos elementos y/o procedimientos técnicos, en los cuales se combinan entre sí los recursos para lograr un mayor rendimiento y eficiencia dentro del Programa - en el Modelo de Servicio Odontológico. Los recursos se dividen en:

4.1. Recursos físicos: se refieren fundamentalmente a la - planta física (edificio y espacio) en donde va a ser colocado el Modelo de Servicio Odontológico. Y son los siguientes:

- a) Local (alquiler)
- b) Luz
- c) Agua
- d) Teléfono

NOTA: los incisos a, b, c y d, se verán ampliamente en el capítulo de honorarios.

4.2. Recursos materiales: son aquellos que comprenden material, instrumental, medicamentos, papelería y mobiliario con su costo: y son los siguientes:

a) Mobiliario.

1 Escritorio	\$ 4,000.00
1 Sillón....."	3,000.00
1 Anaquel....."	3,000.00
Total.	\$10,000.00

b) Papelería.

400 Historias clínicas.....	\$ 4,000.00
" Recetarios....."	,400.00
" Formas p/referir al --,	
especialista....."	,400.00

400 Recibos por pago de Honorarios..\$,400.00
" Formas de Pre-pago	,400.00
" Tarjetas de citas.....	,400.00
" Recordatorio de citas.....	,400.00

	\$ 6,400.00

NOTA: Estas cifras se estiman en función de que los costos-
(m/n), varían de un lugar a otro.

c) Instrumental.

1.-Un sillón para el dentista.....	\$ 3,200.00
2.-Un sillón hidráulico.....	" 25,000.00
3.-Un sillón no hidráulico.....	" 8,000.00
4.-Una lámpara sencilla.....	" 6,000.00
5.-Un esterilizador.....	" 5,500.00
6.-Una compresora.....	" 6,500.00
7.-Una pieza de alta velocidad.....	" 3,500.00
8.-Una pieza de baja velocidad.....	" 12,000.00
9.-Un Air-rotor con jeringa triple.....	" 22,000.00
10.-Cinco espejos planos.....	,175.00
11.-Cinco exploradores.....	,490.00
12.-Cinco CK-6.....	" 1,750.00
13.-Cinco excariadores.....	,425.00
14.-Cinco pinzas de curación.....	,600.00
15.-Una jeringa tipo carpule.....	,300.00
16.-Un porta-grapas.....	,850.00
17.-Una perforadora de dique.....	1,990.00
18.-Un arco de Young.....	,040.00--

19.-Cinco sondas milimétricas	\$ 1,325.00
20.-Un Jgo. de cucharillas p/impresión adulto ..	,900.00
21.-" " " " " " Infantil.."	,900.00
22.-" " " " " " desdentado..."	,900.00
23. -Un juego de cucharillas parciales....."	,150.00
24.- Dos aplicadores de dycal....."	,100.00
25.- Un porta banda-matriz....."	,115.00
26.- Dos porta-amalgama....."	,660.00
27.- Dos cuádruples....."	,380.00
28.- Dos mortonson....."	,170.00
29.- Dos Wescott....."	,170.00
30.- Dos Hollen-Back....."	,170.00
31.- Dos losetas de vidrio....."	,100.00
32.- Dos espátulas para cemento....."	,170.00
33.- " " " yeso....."	,070.00
34.- Un bota fresa....."	,100.00
35.- Un sock....."	,100.00
36.- Tres manqos para bisturí	,195.00
37.- " Hojas " "	,024.00
38.- Una pinza porta-aguja....."	,360.00
39.- Una tijera para cirugía curva....."	,380.00
40.- Una tijera para encía (Goldman)	,380.00
41,- " " ' larga recta	,550.00
42,- " " " curva....."	550.00
43.- Dos pinzas hemostáticas....."	720.00__

-- 44.- Una tijera para metal.....	\$,290.00
45.- Una pinza para contornear coronas.....	" ,290.00
46.- Nueve forceps.....	" 8,550.00
47.- Dos godetes.....	" .030.00
48.- Tres mandriles.....	" ,060.00
49.- Un alvéolotomo.....	" 1,300.00
50.- Una lima para hueso.....	" ,170.00
51.- Un elevador de periosteos.....	" ,200.00
52.- Una piedra de Arkansas.....	" ,350.00
53.- Un mechero de alcohol.....	" ,080.00
54.- Dos tazas de hule.....	" ,110.00
55.- Un aparato de Rx.....	"50,000.00
56.- Un empacador de gutapercha.....	" ,120.00
57.- Cuatro elevadores rectos.....	" 1,760.00
58.- Un tira-puentes.....	" ,250.00
59.- Dos juegos de bruñidores.....	" ,700.00
	<u>\$172,219.00</u>

d) Medicamentos y otros.

1.- Anestesia tópica (atomizador).....	\$,095.00
2.- Diez cajas de anestesia en cartuchos.....	" 1,990.00
3.- Cinco juegos de fresas de diamante.....	" 1,140.00
4.- " " " " carburo.....	" 1,140.00
5.- Dos metros de matriz circular.....	" ,100.00
6.- Una caja de cuña de madera.....	" ,130.00
7.- Cuatro cajas de Dycal.....	" ,756.00
8.- Un frasco de barniz de copal.....	" ,080.00
9.- Seis paquetes de algodón de 500grs.....	" ,450.00
10.- Diez frascos de amalgama de 30grs.....	" 7,500.00
11.- " " " mercurio de 100grs.....	" ,600.00

-- 44.- Una tijera para metal.....	\$,290.00
45.- Una pinza para contornear coronas.....	" ,290.00
46.- Nueve forceps.....	" 8,550.00
47.- Dos godetes.....	" .030.00
48.- Tres mandriles.....	" ,060.00
49.- Un alvéolotomo.....	" 1,300.00
50.- Una lima para hueso.....	" ,170.00
51.- Un elevador de periosteos.....	" ,200.00
52.- Una piedra de Arkansas.....	" ,350.00
53.- Un mechero de alcohol.....	" ,080.00
54.- Dos tazas de hule.....	" ,110.00
55.- Un aparato de Rx....-.....	"50,000.00
56.- Un empacador de gutapercha.....	" ,120.00
57.- Cuatro elevadores rectos.....	" 1,760.00
58.- Un tira-puentes.....	" ,250.00
59.- Dos juegos de bruñidores.....	" ,700.00
	<u>\$172,219.00</u>

d) Medicamentos y otros.

1.- Anestesia t6pica(atomizador).....	\$,095.00
2- Diez cajas de anestesia en cartuchos.....	" 1,990.00
3.- Cinco juegos de fresas de diamante.....	" 1,140.00
4,- " " " " " carburo.....	" 1,140.00
5.- Dos metros de matriz circular.....	" ,100,00
6.- Una caja de cuña de madera.....	" ,130.00
7.- Cuatro cajas de Dycal.....	" ,756.00
8.- Un frasco de barniz de copal.....	" ,080.00
9.- Seis paquetes de algod6n de 500grs.....	" ,450.00
10.-Diez frascos de amalgama de 30grs.....	" 7,500.00
11,- " " " mercurio de 100grs.....	" ,600.00

12.- Dos cajas de Resina de 14grs.....	\$ 2,700.00
13.- Diez cajas de dique de hule(12 U. c/u).....	" 1,650.00
14.- Agujas cortas 200 U.....	" ,700.00
15.- Agujas largas 200 U.....	" ,700.00
16.- Diez cajas de tiranervios(12 U. c/u).....	" ,800.00
17.- Cinco juegos de ensanchadores (6 U. c/u)....	" ,835.00
18.- " " " limas (6 U. c/u).....	" ,835.00
19.- Cinco cajas de conos de papel.....	" 1,050.00
20.- Tres cajas de gutapercha.....	" ,840.00
21.- Cuatro botes de alginato de 460grs.....	" ,560.00
22.- Cinco cajas de cera p/mordida de 200grs.....	" ,295.00
23.- Dos frascos de retractor gingival.....	" ,140.00
24.- 50 coronas provisionarias de acero cromo.....	" ,900.00
25.- Cuatro libritos de papel de articular.....	" ,100.00
26.- Cuatro juegos de cemento quirurgico.....	" 1,120.00
27.- Tres cajas de gasa de 91cm x 4.57m.....	" ,234.00
28.- Veinte Kg.de yeso de piedra.....	" ,440.00
29.- Un juego de pasta zinquenólica.....	" ,350.00
30.- Doscientos cepillos para profiláxis.....	" 2,000.00
31.- Diez frascos de pasta profiláctica.....	" 1,450.00
32.- Veinte frascos de fluoruro en Gel(250ml)....	" 1,600.00
33.- Una caja de 150 películas de Rx adulto.....	" ,650.00
34.- " " " " " " " infantil....	" ,500.00
35.- Una caja de películas Oclusales(10 U.).....	" ,300.00
36.- Revelador-fijador de 3.8.litros.....	" ,240.00
37.- Cuatro cajas de 100pastillas reveladoras....	" ,320.00
38.- Cinco agujas para sutura con hilo.....	" ,400.00
39.- Tres fresas para cirugía.....	" ,480.00

40.- Cinco tubos de hilo dental.....	\$,100.00
41.- Diez cajas de manta para amalgama.....	"	,580.00
42.- Dos tubos de banda de celuloide.....	"	,072.00
43.- Un paquete de tiras de lija.....	"	,210.00
44.- Cubrebocas desechables. (150 U.).....	"	,150.00
45.- Cánulas desechables (100 U.).....	"	,160.00
46.- Tres juegos de Zoe permanente(polvo y liq.)..	"	,828.00
47.- " " " " temporal(polvo y liq.)...	"	,828.00
48.- Tres juegos de I.R.M.....	"	1,080.00
49.- Un frasco de paramonoclorofenol.....	"	,095.00
50.- Un frasco de formocresol.....	"	,095.00
51.- Dos juegos de P.C.A.....	"	,580.00
52.- Veinte jeringas hipodérmicas desechables....	"	,300.00
53.- Cinco frascos de alcohol de 800ml.....	"	,225.00
54.- Dos Kombi-set(optosil y xantopren).....	"	2,600.00
55.- Diez juegos de cucharillas para fluor.....	"	,800.00
56.- Diez litros de benzal.....	"	,250.00
	\$	<u>45,123.00</u>

NOTA: Este material (medicamentos y otros) se estima aproximadamente para un año, ya que no se cuenta en la actualidad con estudios oficiales sobre el coeficiente de rendimiento de éstos y no es factible de determinarlo en este momento, sin embargo existe la posibilidad de hacerlo en base al No. de procedimientos en relación al consumo de materiales durante el desarrollo de actividades en el Modelo de Servicio Odontológico.

RECURSOS DE TIEMPO

AÑO.....

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL DIAS	TOTAL HRS.		
ENERO																																			
FEBRERO																																			
MARZO																																			
ABRIL																																			
MAYO																																			
JUNIO																																			
JULIO																																			
AGOSTO																																			
SEPTIEMBRE																																			
OCTUBRE																																			
NOVIEMBRE																																			
DICIEMBRE																																			

CUADRO 10

TOTAL

4.3. Recursos humanos: Se refiere fundamentalmente a ellos en términos económicos de sueldos u otras formas de pago personal. En nuestro Modelo de Servicio Odontológico hay dos tipos de recursos humanos:

a) El cirujano dentista.

b) Personal auxiliar.

4.4. Recursos (límite) de tiempo: Fundamentalmente se refiere a tiempo única manera de visualizar el dinero necesario - para empezar nuestro programa y calcular los gastos periódicos para la marcha del mismo. Así tenemos lo siguiente:

a) Horario de trabajo.

b) Calendario de trabajo.

4.5. Recursos financieros: Los recursos financieros para el Modelo de Servicio Odontológico, que se propone, pueden tener diversos orígenes, es decir, con capital propio si se trata de un (ente) grupo privado, así como el crédito bancario. Si éste llegará a ser adoptado por cooperativas escolares, sindicatos o asociaciones civiles, el financiamiento sería por la aportación de los socios o afiliados principalmente, sin excluir la posibilidad del crédito bancario (sistema).

Finalmente si éste M.S.O. fuera adoptado por el gobierno para ampliar sus servicios de salud dental, entonces los recursos formarían parte del presupuesto gubernamental destinado a esta rama de la salud.

B I B L I O G R A F I A

- 3.-Clínicas Odontológicas de Norteamérica: Dirección de la -
práctica privada.
Edit; Interamericana.
Vol. 2. 1978.
- 4.-Chavés. Mario M.; Odontología Sanitaria.
Organización Panamericana de la Salud.
Publicaciones Científicas No.63.
1962.
- 23.-G. Hermsillo Georgina y Col.; Formación y utilización de
recursos humanos Odontoló--
gicos en México.
Rev: Educación Médica y Sa--
lud.
Vol. 12 No.4.
1978.

CAPITULO 5.

HONORARIOS

I N T R O D U C C I O N

El presente capítulo tiene como intención presentar un método de financiamiento totalmente distinto, a los ya tradicionales, llamado sistema de Pre-pago, que a diferencia de los otros; pago por acto; post pago; y pago por sueldo, impida la formación de barreras financieras, permitiendo un mayor flujo de pacientes de enseñanza Preescolar, Escolar y Enseñanza media Superior, así como a los de las zonas de influencia al Modelo de Servicio Odontológico.

De esta forma el método propuesto puede actuar dentro de una economía libre y demostrar la eficiencia de un programa dental organizado, con los diversos "programas" y cuidados dentales suministrados por el gobierno y la práctica privada actual.

Así mismo el método propuesto nos permitirá recuperar, las inversiones realizadas, mediante el pago de los honorarios.

5. H O N O R A R I O S

Todo acto de trabajo odontológico que genera un bien (producto) o un servicio, es y debe ser retribuido. Está retribución (finanza) varía según la relación existente entre el que produce y recibe los beneficios.

En nuestro programa dentro del Modelo de Servicio Odontológico nos referiremos con exclusividad a cuatro sistemas de financiación; pago por acto; post-pago; pago por sueldo y pre-pago. Siendo el sistema de Pre-pago el adoptado por nuestro Modelo de Servicio Odontológico, por su adaptabilidad a las necesidades financieras de la población Preescolar, Escolar, y Enseñanza media Superior.

A continuación se analizan los diferentes sistemas de pago.

1. Pago por acto Odontológico, es el método de financiamiento del servicio Odontológico en el que cada tratamiento es pagado al contado, entre el inicio y la finalización del mismo. Es el más común en el sector privado de Odontología y se divide en honorarios y aranceles. Es honorario cuando el monto económico calculado es el mínimo a pagar y el Odontólogo lo aumenta acorde al nivel social del paciente. Es arancel cuando se considera tope máximo para todos los pacientes sin distinción de clase.

ENTAJAS:

Es una de las formas de pago más simple desde el punto de vista administrativo. Está acordada en forma directa entre paciente y profesional y el monto debe estar pagado al finalizar el tratamiento. Dado que el paciente tiene libre elección del profesional tratante, el Odontólogo

-muestra un notable interés en satisfacer la demanda del paciente. Caso contrario el paciente puede elegir otro profesional. Por igual razón existen estímulos a la innovación científico-técnica, dado que en la mayoría de los casos esta forma de pago es relacionada con propiedad exclusiva o parcial de los recursos materiales (equipo, instrumental, etc), existe marcado interés del profesional en el mantenimiento y renovación de los mismos.

DESVENTAJAS.

Esta forma de pago se presenta como barrera económica para pacientes de medianos y bajos ingresos, ya que éstos en un momento determinado se ven imposibilitados a desembolsar una cantidad que va en detrimento de sus ingresos.

Esto por consiguiente genera escasa cobertura social y desestimula la prevención, ya que el Odontólogo tiene una participación mínima en la vida social de la comunidad.

De menos importancia, pero de menos gravedad, es que los pacientes concurren en forma espontánea al no existir programación posible de la demanda. En esta forma de pago el Odontólogo independientemente debe afrontar su retiro, invalidez y seguridad social de su familia.

5.2. Post-pago del servicio Odontológico, es el método de financiamiento en el que cada tratamiento es pagado después de finalizado el mismo en un tiempo pre-fijado entre el paciente y el profesional. Este método se ha desarrollado paralelamente a su popularización en el comercio haciendo uso pagarés, cheques, carnet de crédito, etc.

VENTAJAS.

Aumenta parcialmente la cobertura social del servicio con relación al pago por acto, conservando todas las ventajas del mismo.

DESVENTAJAS.

Conserva todas las desventajas del pago por acto, además de que su administración contable es más compleja al incorporar pagos periódicos, inflación y riesgo de no pago.

5.3. Pago por sueldo del servicio Odontológico; es el método de financiación por el que se remunera al profesional con un monto fijo generalmente quincenal y acorde a las horas de trabajo. Es común en el área institucional (IMSS, ISSSTE) y poco frecuente en el sector privado.

VENTAJAS.

Su administración es simple, ya que comprende pagos únicos y espaciados. Además la institución que paga, generalmente ofrece al mismo tiempo un sistema de Seguridad Social para el Odontólogo y su familia, en caso de retiro, invalidez y muerte.

La cobertura de este sistema es amplia, ya que las barreras económicas para el paciente han sido reducidas al mínimo. La demanda puede ser programada, y el Odontólogo no incrementa sus ingresos en presencia de mayor patología.

DESVENTAJAS.

En la mayoría de los casos por no existir libertad de elección del profesional, el paciente se ve obligado a concurrir al servicio asignado aún en contra de su voluntad personal. Esto a diferencia del pago por acto, disminuye en el

-profesional su inclinación a satisfacer la demanda (a veces innecesaria según el Odontólogo), que los pacientes le solicitan. Por igual razón los estímulos para la innovación científico-técnica son escasos y el tipo de tratamiento ofrecido es mínimo en cuanto a calidad y cobertura.

Debido a que no existe propiedad privada de los recursos materiales que usa el profesional en el Servicio Odontológico, hay tendencia a la no responsabilidad en el mantenimiento y renovación de equipos, instrumental, materiales, etc. Generalmente una pieza de mano de alta velocidad, que en el sector privado tiene una duración de 8 años se ve reducida a 2 años en este sector.

5.4. Cálculo técnico del pago por acto en el Servicio Odontológico; éste cálculo se referirá al valor minuto-trabajo. El mismo varía en relación a los componentes que deben ser introducidos en el cálculo; personal auxiliar, recursos materiales actualizados, teléfono, etc. Dado que el cálculo se basa en tiempo por tratamientos realizados, todo tiempo improductivo no se remunera. Toda simplificación en las técnicas de tratamiento aumenta la eficacia.

La tabla 1 muestra el tiempo promedio del Odontólogo general en cada tratamiento.

TABLA 1.

Acto operatorio	Tiempo promedio en minutos
Consulta.....	30
Tratamiento parodontal.	
Profiláxis.....	10*
Raspado.....	15*
Curetaje.....	20*
Operatoria dental.	
Amalgama simple.....	30**
Amalgama compuesta.....	40**
Amalgama compleja.....	50**
Resina clase III.....	30**
Resina clase IV.....	30**
Resina clase V.....	30**
IRM.....	20**
Preparación MO.....	20***
Preparación DO.....	20***
Preparación MOD.....	30***
Preparación veneer.....	30***
Preparación para corona total.....	30***
Prevención.	
Topicaciones de fluor en gel.....	35****
Endodoncia sin obturación.	
Pulpectomía en dientes permanentes unirradi- culares.....	60*****
Pulpectomía en dientes temporales unirradicu- lares.....	60*****

Pulpotomía vital con Formocresol.....	45*****
Cirugía menor.	
Extracciones simples.....	30*****
Frenilectomía labial.....	90*****
Frenilectomía lingual.....	90*****
Ortodoncia preventiva.	
Mantenedor de espacio.....	15*****
Radiología.	
Periapical (una).....	10*****
Aleta de mórda (una).....	10*****
Periapical (serie total).....	40*****
Aleta de mórda (serie total).....	25*****
Oclusal (superior e inferior).....	20*****

INDICACIONES.

- * Por cuadrante.
- ** Incluye obturación.
- *** Incluye solo preparación.
- **** Incluye profiláxis.
- ***** Incluye radiografías de control.
- ***** Incluye indicaciones.
- ***** Incluye solo el mantenedor de espacio.
- ***** Incluye revelado.

NOTA: El tiempo bien distribuido en cada uno de los procedimientos dentales permitirá mayor fluidez de los pacientes a su paso por los diversos niveles.

Para el cálculo del pago por acto se deben cumplir los siguientes pasos:

a) Necesidades vitales.

Alquiler(casa sin consultorio).....	\$.....
Luz,gas y teléfono.....	\$.....
Alimentación.....	".....
Servicio doméstico.....	".....
Vestimenta.....-	".....
Educación de orden general.....	".....
Gastos sociales.....	".....
Gastos personales.....	".....
Gastos varios.....	".....
Mantenimiento de automotor.....	".....
Periódico y literatura de orden general....	".....
Total mensual....	
	\$.....

b) Gastos fijos para el mantenimiento del consultorio.

Alquiler del local(consultorio).....	\$.....
Luz y teléfono.....	".....
Reposición de material e instrumental.....	".....
Reparaciones y servicio.....	".....
Sociedades,libros,revistas(cursos científicos)	\$.....
Amortización del consultorio en 10años,al cual le corresponde el 10% del valor total del consultorio dividido por los 12 meses del año.....	\$.....
Interés oficial bancario sobre el valor total del consultorio en diez años.....	\$.....

-Sueldo del personal auxiliar.....\$.....
 Total mensual....\$.....

c) Previsión.

Caja de jubilaciones.....\$.....
 Rēditos.....".....
 Lucrativas.....".....
 Seguros.....".....
 Vacaciones.....".....
 Previsión familiar.....".....
 Total mensual....\$.....

d) Procedimiento para determinar el Gasto total del pago por acto (GTPA) mensual:

$$GTPA = NV + GC + P$$

NV..\$.....
 GC..".....
 P..".....
 Total....\$.....

NOTA: Este mismo procedimiento se empleará para determinar el sistema de pre-pago, con la exclusión de algunos puntos y la modificación de otros.

5.5: Cálculo del valor hora de trabajo efectivo.

El valor se obtiene dividiendo los gastos totales (5.4.4.) por el número de horas mensuales que puede trabajar un Odontólogo de tiempo completo en su consultorio. El cálculo estándar es de 120 hrs. mensuales, o sea 30 hrs. semanales.

$$\text{Valor } \$ \text{ Hora-trabajo} = \frac{GTPA}{120 \text{ hrs.}}$$

a) Cálculo valor minuto de trabajo efectivo (V\$MT),

Se obtiene de dividir el valor (\$) de la hora-tra

-bajo por 60 minutos.

Valor \$ del minuto-trabajo = Valor \$ Hora-trabajo.

60 minutos.

b) Valor de cada tratamiento en pago por acto (VTPA).

Se obtiene al multiplicar la tabla de tiempo promedio (TP) por acto Odontológico con el valor m/n del minuto-trabajo.

$$VTPA = TP \times V\$MT.$$

Vease tabla 1.

NOTA: Para tratamientos que incluyan gastos de laboratorio - cobrará el tiempo insumido (procedimientos realizados), más el costo exacto del aparato protésico u otros.

5.6. Cálculo técnico del Post-pago en el servicio Odontológico.

El valor total del Post-pago se obtiene de la suma del total del tratamiento realizado, calculado en pago por acto del servicio recibido por el paciente, más el valor de depreciación (inflación) de la moneda expresarlo en el interés oficial que el monto hubiera generado en el banco (IO), más el riesgo de que el firmante (deudor) no haga efectivo el pago.

Para determinar el cálculo técnico del Post-pago hay que seguir los siguientes pasos:

-) Realizar el cálculo del valor económico del tratamiento - como si fuera pago por acto (PA).
-) Cálculo del interés oficial; buscar el interés bancario publicado oficialmente. Es antiético usar el interés especulativo del mercado paralelo.

- c) Cálculo del interés en el costo del tratamiento:

$$IOCT = \left(1 + \frac{i}{100}\right)^n$$

PA = Pago por acto.

i = Interés bancario en porcentaje, en un período determinado (mes, año, etc).

n = Números de períodos (mes, año, etc).

- d) Para el cálculo de riesgo(r) se observa la posibilidad de que el firmante no pague. Este valor no debe exceder al 20% de posibilidades que pague. Se aconseja respetar esta relación no introduciendo al sistema pacientes dudosos más allá de este límite (20%).

Para el cálculo de riesgo(r) menor del 20% se usa la fórmula:

$$R = PA + \% PA$$

Donde: PA = Pago por acto.

\%PA = Porcentaje entre 0 y 20 del pago por acto.

- e) Valor total del Post-pago (VTPp); para el cálculo de este valor se obtiene la suma de los pasos 1 al 4.

$$VTPp = PA + IO + R.$$

- f) Cálculo del número del Post-pago ; el valor que pagará periódicamente el firmante hasta saldar la totalidad de la deuda se divide en un lapso de tiempo que no debe superar el valor tiempo con que se opere la fórmula de interés oficial (paso 3).

.7. Cálculo técnico del valor mensual del sueldo del Odon-
tólogo.

El monto del sueldo del profesional se calcula de igual manera que el del pago por acto, pero sin que operen en los cálculos los elementos del consultorio, ya que son propiedad de la institución. Así tenemos lo siguiente:

a) Los gastos totales del profesional en régimen de sueldos es igual a la fórmula: $GTS = GTPA - C$.

Para obtener GTPA, vease (5.4.4.) de pago por acto; para el valor de C, vease (5.4.2.) de pago por acto.

b) Valor hora-trabajo en régimen de sueldo (VHTS); se obtiene dividiendo los gastos totales del profesional bajo régimen de sueldo por 120 hrs., vease (5.5.) del cálculo del valor hora de trabajo efectivo.

$$VHTS = \frac{GTS}{120 \text{ hrs.}}$$

c) Cálculo del sueldo mensual del profesional (SM); se --
obtiene de multiplicar el valor hora-sueldo (VHS) por el número de horas trabajadas al mes = (HTM). $SM = VHS \times HTM$.

5.8. PRE-PAGO.

Este sistema de retribución finanza propuesto por nuestro Modelo de Servicio Odontológico, proporciona solidaridad entre los pacientes que se van a atender, mayor cobertura social, e impide la formación de barreras financieras propias de nuestro sistema actual, dando acceso a pacientes de altos, medianos y bajos ingresos económicos. Esto es por el pago anticipado de los servicios Odontológicos que van a recibir los pacientes.

En el Pre-pago del servicio Odontológico, se va a recuperar la inversión realizada en relación a los recursos materiales; instrumental, medicamentos, papelería y mobiliario, ya que el paciente pagará al profesional con anterioridad a recibir el servicio, esté abonará mensualmente una cuota fija de acuerdo al nivel en que se encuentre, esto es para su futura atención.

Cuando exista un número elevado de pacientes pagando la cuota, no todos los pacientes se atenderán en un mismo mes, por consiguiente, los que se hacen atender son pagados por adelantado y en forma solidaria, por los que no se hacen atender.

VENTAJAS.

Al existir libre elección del profesional por el paciente existe una notable disposición a satisfacer la demanda del mismo, y a la innovación científico-técnica. Dado que los recursos materiales son propiedad del profesional, el Odontólogo-

muestra un marcado interés en el mantenimiento y renovación de los mismos. Aún más, ya que existe una forma de retribución estimulante por la cuota fija que el profesional puede ganar sin realizar tratamientos curativos, tiende a ejecutar funciones de prevención en cavidad oral y a la promoción de la salud.

Lo citado anteriormente se hace evidente al observar que existe programación de la demanda que está, es fundamentalmente preventiva.

Los pacientes se ven obligados a concurrir a la consulta periódica porque el profesional lo impone para beneficios de ambos. Es un sistema que exige la participación del Odontólogo en la vida social de la comunidad.

La cobertura social es mayor que en el sistema de pago por acto, dado que la barrera económica se ve reducida para el usuario del servicio, dada la solidaridad en el pago por parte de los que no lo usen.

DESVENTAJAS.

Administrativamente compleja, al significar un cobro mensual de cuotas, citas periódicas, evaluación cuatrimestral del sistema, etc, y las propias derivadas del nuevo sistema, ya que no está exempto de sufrir alteraciones. Por otro lado es importante señalar que al igual que en el pago por acto el Odontólogo se ve librado a su voluntad en las tareas de asegurar su retiro, invalidez y seguridad de su familia, en caso de muerte,

Cuadro 11. :Resumen de Ventajas(+)y Desventajas(-)en las formas de pago por servicios Odontológicos.

O R D E N	Formas de pago.	Por	Post	Por	Pre
	Características.	Acto	pago	sueldo	pago
1.	Estímula la conducta ética del profesional.	-	-	+	+
2.	Demanda programada.	-	-	-+	+
3.	Solidaridad.	-	-	+	+
4.	Participación del Odontólogo en la comunidad.	-	-	+ -	+
5.	Amplitud de cobertura.	-	-	+ -	+ -
6.	Libre elección del profesional por el paciente.	+	+	-	+
7.	Interés en satisfacer la demanda del paciente	+	+	-	+
8.	Propiedad profesional de los recursos materiales.	si	si	no	si
9.	Interés en el mantenimiento de los recursos materiales	+	+	-	+
10.	Interés en las innovaciones científicas	+	+	-	+
11.	Simplicidad en la administración.	+	+ -	+	-
12.	Regímen de seguridad profesional - programada y obligatoria.	-	-	+	-

5.8.1. El cálculo técnico del Pre-pago en el programa del Modelo de Servicio Odontológico, se obtiene de la siguiente forma:

a) Necesidades vitales.

Alquiler de casa sin consultorio.....	\$ 4,000.00.
Luz.....	" ,300.00.
Agua.....	" ,100.00.
Gas.....	" ,100.00.
Teléfono.....	" ,250.00.
Alimentación.....	" 6,000.00.
Vestimenta.....	" 4,000.00.
Educación de orden general.....	" 1,000.00.
Gastos personales.....	" 2,000.00.
Automovíl.....	" 7,000.00.
Mantenimiento del automovíl.....	" 3,000.00.
Periódico y literatura de orden gral...	" <u>1,000.00.</u>
TOTAL.\$28,750.00.	

b) Gastos fijos para el mantenimiento del consultorio.

Alquiler del local del consultorio.....	\$ 5,000.00.
Luz.....	" ,300.00.
Agua.....	" ,100.00.
Teléfono.....	" ,250.00.
* Reposición de material e instrumental..	" 4,293.58.
Sociedades, libros, revistas, cursos científicos.....	\$ 1,000.00.
Reparaciones y servicios.....	" <u>1,000.00.</u>

-Amortización del consultorio en un año, recuperación del valor total - del consultorio, instrumental y mobiliario, valor total \$ dividido - por los 12 meses del año.....\$ 15,184.91.
 Sueldo del personal....." 10,500.00.
 TOTAL..\$ 37,628.49.

c) Previsión.

Vacaciones.....\$ 3,000.00.
 Previsión familiar.....\$ 7,000.00.
 Imprevistos.....\$ 5,000.00.
 TOTAL.\$15,000.00.

d) Gasto total del pago por acto (GTPA) mensual.

	NV...\$ 28,750.00.
GTPA= NV+GC+P	GC..." 37,628.00.
	P...." <u>15,000.00.</u>
	TOTAL.\$ 81,378.49.

e) Costo del Pre-pago anual por beneficiario; se obtiene dividiendo el costo de servicios por un año, paso (5.8.1. al 4) ., por el número de beneficiarios potenciales.

Considerando 400 pacientes que recibirán atención (afiliados).

Tenemos: $\frac{\$ 81,378.49}{400 \text{ pacientes}} = \$ 2,034.46.$
 anual por paciente.

f) Costo del Pre-pago mensual por beneficiario; se obtiene dividiendo el costo del Pre-pago anual por los 12 meses del año; así tenemos:

$$\frac{\$ 2,034.46}{12 \text{ meses}} = \$ 169.53 \text{ mensual por paciente.}$$

Nivel A: Urgencias; se le anexará el 70% más en relación al costo de mantenimiento.

Por lo tanto la Cuota a pagar será de: \$ 288.20, mensual por paciente.

Nivel B: Tratamiento; se le aumentará el 30% más en relación al costo de mantenimiento. Por lo tanto la Cuota a pagar será de: \$ 220.38., mensual por paciente.

Nivel C: Mantenimiento; al llegar a éste nivel, el paciente deberá pagar \$ 169.53, mensual por paciente.

NOTA: En los incisos a y b, se le anexará el tanto % mencionado para estimular al paciente a llegar al nivel C, además le permite al Modelo de Servicio Odontológico evitar pérdidas por causas ajenas al programa. Observar que se está recuperando la inversión total del consultorio, motivo por el cual en el primer año de ejercicio, la cuota es más elevada, pudiendo ajustarse posteriormente.

-En el (paso 5.8.1., inciso b,*), la cantidad indicada se obtiene al dividir el costo total de medicamentos y Otros por los doce meses del año.

g) Elección en Co-pago., visto el costo del Pre-pago y el pago de cada tratamiento en pago por acto, se seleccionan los de mayor costo y menor frecuencia, se excluyen del Pre-pago y se incorporan al Co-pago, moderador a efectos de limitar la demanda y financiador cuando se calcula la cuota del Pre-pago, sin que se cubra ese tratamiento en su totalidad. Esto se llevará a cabo solo cuando se necesite la realización de aparatos protésicos u otros, en los cuales se cobrará solo y exclusivamente el costo del aparato.

B I B L I O G R A F I A

- 17.- Barrancos Mooney Julio.: Los tiempos operatorios en la preparación de cavidades.
Rev: Asociación Odontológica Argentina.
Vol. 68 No. 6
1980, Octubre.
- 18.- Driscoll DL.: Prepayment plans vs. fee-for service.
Rev: Dent Stud.
1979, Jun.
- 20.- Field. John F.: Denture service use in a selected population in a prepaid dental program.
Rev: J.A.D.A.
Vol. 98.
1979, June.
- 34.- Mata K. Nikias.: Prepaid dental care: Patterns of use and Source of premium payment.
Vol. 59 No. 7., A.J.P.H.
1969, July.
- 43.- Pansini D. Duilio.: Financiación y Odontología.
Mat. apoyo. UNAM.
ENEP, Zaragoza.
1981.
- 44.- Rechanik Ignacio.: Honorarios profesionales, su determinación.
Rev: De la Asociación Odontológica Argentina.
Vol. 55 No. 6.
1967, Junio.
- 45.- Roisinblit Ricardo Silvio.: Un sistema de cálculo de honorarios.
Rev: De la Asociación -
Odontológica Argentina,
Vol. 64, Nos. 5, 6, 7 y 8.
1976, May-Jun-Jul-Ago.

C A P I T U L O 6

B A S E S L E G A L E S D E L A O D O N T O L O G I A

I N T R O D U C C I O N .

129

El propósito de este capítulo es el de ofrecer a los alumnos y compañeros de la carrera de Odontología la información básica que les permita iniciar y desarrollar -- el ejercicio de esta profesión dentro del margen legal que el Estado establece para la profesión Odontológica.

Así como los conocimientos necesarios para el -- ejercicio de una profesión,oficio,arte,etc., garantizada -- por la libertad del trabajo,establecidos por la Constitu -- ción Mexicana en sus artículos 4o. y 5o., obligados a rea -- lizarse dentro de parámetros y circunstancias legales que -- devienen de la Constitución en sus Códigos,Leyes y Reglame -- tos.

De tal manera el establecimiento de Modelos de - Servicio Odontológico en los que concurren recursos humanos técnicos, físicos y administrativos para la producción de - servicios en diferentes grupos de la población, adquiere -- particular relevancia el conocimiento de los aspectos lega -- les que permitan y legitimen su funcionamiento y que forman parte de los conocimientos que dentro de la administración -- debe poseer el Odontólogo.

En la libertad del trabajo, la Constitución Mexicana establece en sus artículos 4o. y 5o., que a ninguna persona podrá impedirsele que se dedique a la profesión, industria, comercio que le acomode, siendo lícito. El ejercicio de esta libertad solo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de terceros, o por resolución gubernativa dictada en los términos que marca la Ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad.

Nadie podrá ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial. La Ley determinará en cada Estado cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deben llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo. Nadie podrá ser obligado a prestar trabajo personal sin la justa retribución y sin su pleno conocimiento, salvo el trabajo impuesto como pena por la autoridad judicial, el cuál se ajustará a lo dispuesto en las fracciones I y II del artículo 123.

El Estado no puede permitir que se lleve a cabo ningún contrato, pacto o convenio que tenga por objeto el menoscabo, la pérdida o el irrevocable sacrificio de la libertad del hombre, ya sea por causa de trabajo, de educación o de voto religioso. El contrato de trabajo sólo obligará a prestar el servicio convenido por el tiempo que fije la Ley, sin poder exceder de un año en perjuicio del trabajador y no podrá extenderse en ningún caso a la renuncia, pérdida o menoscabo de cualquiera de los derechos políticos. La falta de cumplimiento de dicho contrato, solo obligará a éste a la correspondiente responsabilidad civil, sin que en ningún caso pue--

-da hacerse coacción sobre su persona. A lo anteriormente mencionado es necesario correlacionar lo que la Ley reglamentaria del artículo 5o. Constitucional establece para el ejercicio profesional, el cuál es entendido para los efectos de esta Ley; como la realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto, o la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión, aunque solo se trate de simple consulta o la ostentación del carácter del profesionista por medio de tarjetas, anuncios, placas, insignias o de cualquier otro modo. No se reputará ejercicio profesional cualquier acto realizado en los casos graves con propósito de auxilio inmediato.

6.1. Requerimientos para ejercer la Odontología en el D.F.:

- a) Ser mexicano por nacimiento o naturalización y estar en pleno goce y ejercicio de sus derechos civiles.
- b) Obtener de la Dirección General de Profesiones patente de registro.

6.2. Relaciones laborales.

Los modelos de servicio odontológico (en nuestro caso) involucran dos tipos de personal, uno es el profesional de la Odontología y el otro es el auxiliar o técnico; sobre este último el Código sanitario establece que será necesaria la autorización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos, en materia de salubridad general en el campo de la Medicina, Odontología, Veterinaria, Enfermería, laboratorio, radiología, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, trabajo social, y en otros que determine el consejo de salubridad general.

6.3.Honorarios profesionales.

La Ley reglamentaria del artículo 5o. Constitucional establece que el profesionista deberá celebrar contrato con su cliente a fin de estipular los honorarios y las obligaciones mutuas de las partes, ante esto el reglamento de profesiones establece que cuando no hubiere contrato celebrado, la prestación del servicio se regirá por la Ley particular - aplicable al caso y en su defecto por lo establecido en el - Código civil para el D.F. en materia común para toda la Republica en materia Federal, el cual contiene que el artículo -- 2607, cuando no hubiere convenio, los honorarios se regularán - atendiendo juntamente a las costumbres del lugar, a la importancia de los trabajos prestados, a la del asunto o caso en - que se prestaren, a las dificultades pecuniarias del que recibe el servicio y a la reputación profesional que tenga adquirida el que lo ha prestado. Si los servicios prestados estuvieran regulados por arancel, este servirá de manera normativa para fijar el importe de los honorarios reclamados.

- a) En el artículo 2609 se establece que: en la prestación de servicios profesionales pueden incluirse las expensas que hayan de hacerse en el negocio en que aquellos se presten. A falta de convenio sobre su reembolso, los anticipos serán pagados en los términos del artículo siguiente, con el rédito legal, desde el día en que fueren hechos, sin perjuicio - de la responsabilidad por daños y perjuicios cuando hubiere lugar a ella.
- b) El artículo 2610 nos dice: el pago de los honorarios y de - las expensas cuando las haya, se harán en lugar de la resi-

Como fuerza de trabajo tanto el Odontólogo como el auxiliar o técnico establecen relaciones laborales de acuerdo a un convenio de trabajo, este tipo de relación debe estar basada en la Ley Federal de Trabajo, algunas de sus de finiciones son:

- a) El trabajo es un derecho y un deber sociales, no es artículo de comercio exige respeto para las libertades y dignidad de quien lo presenta, y debe efectuarse en condiciones que aseguren la vida, la salud y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia. No podrán establecerse distinciones entre los trabajadores por motivo de raza, sexo, edad, credo religioso, doctrina política o condición social.
- b) Definición de trabajador: es la persona física que presta a otra física o moral, un trabajo personal eficiente. Para -- los efectos de esta definición, se entiende por trabajo, -- toda actividad humana, intelectual o material, independientemente del grado de preparación requerido por cada profe sión u oficio.
- c) Definición de patrón: es la persona física y moral que utiliza los servicios de uno o varios trabajadores.
- Para los efectos de las normas de trabajo se en tiende por empresa la Unidad económica de producción o -- distribución de bienes o servicios.
- d) Contrato individual de trabajo: cualquiera que sea su deno minación, es aquel que por virtud del cual una persona se obliga a prestar a otra un trabajo eficiente (personal mediante el pago de un salario).

dencia del que ha prestado los servicios profesionales, inmediatamente que preste cada servicio, o al fin de todos, cuando se separe el profesional o haya concluído el negocio o trabajo que se le confi6.

c) El artículo 2611 establece que: si varias personas encomendaren un negocio, todas ellas ser6n solidariamente responsables de los honorarios del profesional y de los anticipos que hubieren hecho.

d) El artículo 2612 establece lo siguiente: cuando varios profesionales en la misma ciencia presten sus servicios en un negocio o asunto, podran cobrar los servicios que individualmente haya prestado cada uno.

e) El artículo 2613 dice que: los profesionales tienen derecho a exigir sus honorarios cualquiera que sea el éxito del negocio o trabajo que se les encomiende, salvo convenio en contrario.

f) Por último el artículo 2614 menciona que: siempre que un profesional no pueda continuar sus servicios, deber6 avisar oportunamente a la persona que lo ocupe, quedando obligado a satisfacer los daños y perjuicios que se causen, cuando no dieren este aviso con oportunidad.

Como es de observarse los artículos anteriores establecen el fundamento legal para el cobro de los honorarios profesionales entre el Odont6logo y el cliente, sin m6s acuerdo que el de ambas partes, sin duda el interés de regular en forma justa el costo de los servicios odontol6gicos a nivel privado es soslayado por los organismos como Industria y Comercio, Salubridad y Asistencia, Direcci6n general de profesiones y por supuesto las Asociaciones dentales.

B I B L I O G R A F I A

- 49.- Vega Martínez Luis y Col.: Bases legales de la Odontología.
Mat. apoyo. UNAM.
ENEP, Zaragoza.
México, 1981.

C A P I T U L O 7.

E V A L U A C I O N

Mi intención al presentar este capítulo es determinar la utilidad o el mérito del programa planificado, averiguar si se ejecuta realmente del modo prescrito y descubrir si se obtienen los resultados requeridos y el rendimiento previsto. Para esto es necesario valernos de información básica, la cuál debe guardar relación con el rendimiento planeado y con los cambios prácticos que se aspira a conseguir con el mismo.

En dicho plan es necesario cerciorarse de alcanzar los objetivos, ya que el programa está contribuyendo en una medida determinada a mejorar la salud bucal de la colectividad escolar, y de que cada actividad cumpla su función que le corresponde y progrese al ritmo deseado.

Así en este plan integrado, la formación del personal está vinculada a estos objetivos y, si éstos no se alcanzan en la forma prevista, solo su oportuna evaluación puede evitar que se produzca un serio desequilibrio.

Puesto que es un procedimiento nuevo, se diseñan formas de recolección de datos que nos permitan llegar más adelante al análisis de los mismos, y así a la interpretación de ellos, diseñando posteriormente las formas correspondientes.

Sin embargo, dado el carácter hipotético de este programa solamente podemos estar seguros del éxito al concluir un año de trabajo experimental.

Procedimientos para llenar el cuadro (12).

- a) Se anotan los pacientes iniciados (en números), de acuerdo al nivel que corresponda.
- b) Hacemos la suma de $A+B+C$, obteniéndose el total.
- c) Anotamos a los pacientes que hayan finalizado (en números), de acuerdo al nivel correspondiente.
- d) Se repite la suma de $A+B+C$, pero final.

Indicaciones.

Este mecanismo nos permite observar la cantidad de pacientes que inician dentro del programa, así como de aquellos que finalizan en el mismo durante un año.

El número de pacientes nos permite determinar los procedimientos que se vayan a efectuar, durante dicho período (un año), y de una forma indirecta nos va a informar de los gastos que puedan originarse al momento y de aquellos que puedan surgir; y el tiempo probable que vaya a ser empleado con cada uno de los pacientes.

Todo esto bien previsto dará como consecuencia la eficiencia-eficacia del programa a realizar.

EVALUACION DE PACIENTES REGISTRADOS DURANTE EL AÑO.

NIVEL	INICIO	NIVEL	FINAL	NIVEL	INICIO	NIVEL	FINAL
A		A		B		C	
B		A		B		C	
C		A		B		C	
A+B+C =		A =		B =		C =	
						B =	
						A =	
						FINAL = A+B+C.	

Cuadro 12.

Procedimientos para llenar el cuadro(13).

- a) Se anota el número de expediente del paciente.
- b) La fecha de ingreso del mismo.
- c) Se indican las citas programadas.
- d) Anotamos las citas utilizadas con el paciente.
- e) Se anota la fecha de alta de cada uno de los pacientes.
- f) Hacemos las observaciones pertinentes necesarias, ya sea por el Odontólogo o el auxiliar.

NOTA; Se requeriran mas formas para evaluar este control de citas.

Indicaciones.

La finalidad de este mecanismo, es que mediante la programación previa de citas podamos brindar el tiempo necesario a cada uno de los pacientes, observando el No. de citas empleadas y evaluando la cantidad de tiempo que se utilizó para darlos de alta.

Esta programación de citas permitirá una mayor fluidez de los pacientes a su paso por los distintos niveles, logrando el objetivo trazado, el de ubicarlos en el nivel C, lo más pronto posible, esto demostrará la eficiencia-eficacia del Modelo de Servicio Odontológico.

Cuando se presente lo contrario los pacientes se verán en un estancamiento en los niveles que hemos venido mencionando, creado por la desarmonía de las citas no controladas, dando por consiguiente la pérdida de tiempo y la eficiencia-eficacia del Modelo de Servicio Odontológico.

CONTROL DE CITAS

EXPEDIENTE.	FECHA DE INGRESO	CITAS PROGRAMADAS	CITAS UTILIZADAS	FECHA ALTA	OBSERVACIONES
TOTAL					

Cuadro 13.

Procedimientos para llenar el cuadro (14).

- a) Se indica con una paloma en el cuadro correspondiente, según sea el caso (completo o incompleto).
- b) Anotamos las observaciones hechas durante el examen.

Indicaciones:

La historia clínica le indica al Odontólogo y personal auxiliar el plan de tratamiento a seguir indicándole las acciones o procedimientos que se van a efectuar para mantener o restaurar el estado de salud de un individuo. Este plan de tratamiento representa el total de sus conocimientos, habilidad clínica y experiencia en el trato con los pacientes.

Aunado al plan de tratamiento está la programación, que consiste en la ubicación en el tiempo de las acciones o procedimientos que se van a efectuar, y en la previsión de los recursos que se van a emplear, más la zona que se va a intervenir.

Cuando la historia clínica está incompleta, y se encuentran datos faltantes, perjudicará al profesional originando una pérdida de tiempo y costo, los cuáles darán como consecuencia un desequilibrio parcial en el Modelo de Servicio Odontológico, ya que el paciente se verá obligado a permanecer en los niveles (A y B), ocasionándose una llegada tardía al nivel C, de mantenimiento.

Exp.	Edad	Sexo	Actividades	Completo	Incompleto.	OBSERVACIONES
			Historia clinica			
			Signos vitales			
			Diagnóstico			
			Pronóstico			
			Examen Intrabucal			
			Odontograma			
			Prevención			
			Parodontograma			
			Radiología			

Cuadro 14.

Procedimientos para llenar el cuadro (15),

- a) Se anota la cantidad de pacientes en números.
- b) Indicamos la edad en años cumplidos.
- c) En el símbolo C, anotamos el número de dientes permanentes y temporales que presenten lesiones de caries no restauradas.
- d) El símbolo O sirve para anotar el No. de dientes permanentes o temporales obturados.
- e) El símbolo P se refiere a los dientes permanentes perdidos por lesiones cariosas, además se clasifican como perdidos a los dientes permanentes cuya extracción está indicada por lesiones cariosas. Así los dientes permanentes perdidos estarán compuestos por los dientes extraídos E y dientes con extracción indicada EI.
- f) El símbolo D es usado para indicar que la unidad establecida es el diente.

Indicaciones.

El C.P.O.D., describe numéricamente los resultados del ataque de caries en los dientes permanentes y temporales. Este mecanismo nos informará sobre el número de dientes que necesiten tratamiento, así como de la proporción de aquellos que ya fueron tratados. Permittiendonos por un lado disminuir la morbilidad con la presencia de métodos preventivos, evitando también un mayor gasto y tiempo para aquellas actividades que se vayan a encaminar a la substitución de trabajos de duración limitada

-(obturaciones, incrustaciones, etc).

Por otro lado se impide actuar sobre el grado de atención a los factores que influyen en la demanda (factor socioeconómico) y en la oferta (cantidad y calidad del trabajo profesional disponible).

Procedimientos para llenar el cuadro (16),

- a) Se anota la cantidad de pacientes en números.
- b) Anotamos la edad del paciente (con números).
- c) Se indica con una paloma el IHOS, debajo del cuadro y número.
- d) Anotamos los códigos correspondientes a los dientes afectados.
- e) Sumamos el total del código en relación con los dientes que estén afectados.

Indicaciones.

Este mecanismo nos permite observar si nuestras acciones preventivas están funcionando, lo cual permitirá estimular al paciente y concientizarlo de la importancia de su salud bucal.

Esto permitirá al paso del tiempo llevar acciones totalmente preventivas, impidiendo procedimientos que nos ocupen más tiempo y que nos hagan aumentar nuestros gastos en los materiales dentales que se vayan a utilizar.

Procedimientos para llenar el cuadro (17).

1) Se anota la edad (números) en años cumplidos.

2) Indicamos con una (M) si el sexo es masculino o (F) si es femenino.

3) Con líneas verticales se indican los procedimientos ya ejecutados.

Indicaciones.

Este mecanismo nos permite determinar los procedimientos más frecuentes dentro del Modelo de Servicio Odontológico, y así adecuar las técnicas necesarias para cada caso.

Además nos indica el grado óptimo de preparación que debe tener el profesional y el auxiliar para evitar la pérdida de tiempo innecesario.

Así mismo nos permite el registro de los procedimientos ya mencionados para observar el insumo del material odontológico, y así evaluar el costo de los mismos. De una forma indirecta permite también ubicar las actividades de acuerdo a los niveles (A, B, C).

Procedimientos para llenar el cuadro (18).

- a) Se anota una paloma en el cuadro correspondiente, señalando SI, NO, según proceda el caso.
- b) Se indican las observaciones hechas por el Odon-tólogo o el auxiliar.

Indicaciones,

Este mecanismo nos va a servir para de -
terminar la CALIDAD de los procedimientos ya efec-
tuados, evitando así la pérdida de tiempo inneces-
ario en la repetición de trabajos ejecutados, ya sea
por el profesional o al auxiliar.

Al mismo tiempo concientizará al pacien-
te para llevar a cabo revisiones periódicas, estímu-
landolo para la conservación de la salud bucal.

En el plano económico le ayudará al pro-
fesional a evitar inversiones a corto plazo para -
la realización de nuevos trabajos

NOTA; Este mecanismo es solo individualmente, por pa-
ciente.

MECANISMO PARA DETERMINAR LA CALIDAD DE LOS

PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS

134

Radiología: Tomar cuatro radio-	SI	NO	OBSERVACIONES
grafías periapicales			
de molares.			
Sobre-obturaciones de 1 mm.			
Presencia de caries.			
Percolación de amalgama.			
Margenes abiertos en coronas.			
OPERATORIA.			
Percolación en coronas.			
Sobre-obturación.			
Falta de contacto con el margen			
gingival.			
Margenes irregulares en ángulo			
cavo superficial.			
Puntos de contacto.			
PROTESIS.			
Plano oclusal sin orientación.			
Apoyos en dientes inadecuados.			
Mal ajustadas.			
PARODONCIA.			
Sarro supragingival.			
" subgingival.			
Movilidad dentaria.			
ENDODONCIA.			
Obturación adecuada.			
Obturación inadecuada.			
Control radiográfico.			
PREVENCION.			
Higiene buena.			
Higiene regular.			
Higiene deficiente.			
PLAN DE TRATAMIENTO.			
Lógico.			
Ilógico.			

Cuadro 18.

Procedimientos para llenar el cuadro (19).

- a) Anotamos la presentación del material que vaya a ser insumido.
- b) Se anota la fecha de apertura, o sea cuando va a ser empezado dicho material.
- c) Indicamos con una línea vertical, las porciones señaladas.
- d) Anotamos la fecha en que dicho material odontológico se ha determinado.

Indicaciones.

Esta recopilación de datos permitirá observar la frecuencia del material odontológico que esta siendo INSUMIDO, ubicandolos en el tiempo y espacio. Esto nos dará como consecuencia la información indirecta de los procedimientos que se están llevando a cabo en el M.S.O., y así buscar ofertas en relación a la demanda que se esté presentando, es decir comprar el material de uso mas frecuente a un precio más cómodo, sin omitir la calidad de dicho material, ejemplo, si la amalgama de calidad Katalloy está siendo utilizada muy frecuentemente, se buscan ofertas en relación al mismo producto, sin descuidar la calidad del mismo.

Esto beneficiará al paciente, ya que no se le elevará la Cuota y tendrá un servicio odontológico de óptima calidad.

Por otro lado el profesional disminuirá sus costos en relación al material INSUMIDO de más

-frecuencia y le permitirá la retención del paciente, ya que le estará brindando la misma calidad a un precio bastante razonable.

NOTA: Estos datos pueden servir para investigar el coeficiente de rendimiento de los INSUMOS ODONTOLÓGICOS, ya que en la actualidad no existen estudios oficiales en nuestro país.

EVALUACION DE INSUMOS ODONTOLÓGICOS.

137

M A T E R I A L	PRESENTA - CION MAT.	FECHA APERTURA	RENDIMIEN- TO DE PORC.	FECHA TERMINADO
1.- Agujas cortas				
2.- Agujas largas				
3.-Anestesi tópic				
4.- Anestesia en cartuchos				
5.- Jgo.de fresas de diamante				
6.- Jgo." " "carburo				
7.- Matriz circular				
8.- Cuñas de madera				
9.- Dycal				
10.-Barniz de copal				
11.-Amalgama				
12.-Mercurio				
13.-Resina				
14.-Dique de hule				
15.-Tiranervios				
16.-Ensanchedores				
17.-Limas				
18.-Puntas de papel				
19.-Puntas de gutapercha				
20.-Alginato				
21.-Cera para mórdida				
22.-Retractor gingival				
23.-Papel de articular				
24.-Wonder-pack., polvo				
25.-Wonder=pack., liquido				
26.-Gasa				
27.-Yeso piedra				
28.-Pasta zinquenólica				
29.-Cepillos p/profiláxis				
30.-Pasta profiláctica				
31.-Fluoruro en Gel				
32.-Rx. Adulto				
33.-Rx. Infantil				
34.-Rx.Oclusal				
35.-Revelador-fijador				

Cuadro 19.

Procedimientos para llenar el cuadro (20),

Necesidades vitales:

- a) Se anota en el cuadro correspondiente, el año.
- b) Indicamos en números la cantidad de gastos señalados, esto es en m/n.
- c) Sumamos el total de los gastos por año.

Gastos fijos para el mantenimiento del consultorio:

- a) Se anota en el cuadro correspondiente, el año.
- b) Indicamos en números la cantidad de gastos efectuados, esto es en m/n.
- c) Sumamos el total de los gastos por año.

Previsión:

- a) Anotamos en el cuadro correspondiente, el año.
- b) Se indica en números m/n, la cantidad correspondiente, a los gastos efectuados.
- c) Sumamos el total de los gastos por año.

Gasto total del pago por acto:

- a) Anotamos en el cuadro correspondiente, el año.
- b) Se indican los gastos efectuados por año, de las necesidades vitales.

d) Anotamos los gastos por año del consultorio.

e) Se anotan los gastos por año, de Previsión.

f) Sumamos todo lo anterior y se obtiene el total de gastos por año.

g) Hacemos una comparación de los datos recogidos, esto es año, con año, para observar la inflación.

Indicaciones:

Cuota; debe ir aumentando de acuerdo al aumento de los costos del material dental y/o por consiguiente al costo de la vida.

Egresos; obviamente tienen que ajustarse por el desarrollo del costo de la vida, esto no puede repercutir en el aumento de la cuota de los pacientes, ya que está se ajustará acorde al nivel de la vida, tratando que sea lo mínimo posible.

Pacientes; al aumentar la cuota, por la elevación de los gastos, se deberá considerar el aumento de la afluencia de los pacientes, esto es para mantener el equilibrio Costo-Beneficio en relación con los servicios odontológicos suministrados. Caso contrario de elevación de cuotas, sin base alguna, el paciente se verá obligado paulatinamente a abandonar el Modelo de Servicio Odontológico.

Calidad; está deberá aumentar, no obstante el aumento de cuota, pacientes y causas ajenas a la misma.

E G R E S O S

141

Necesidades vitales	Año.....	Año.....	Año.....
a) Alquiler casa (sin consultorio) .. \$	\$	\$	\$
b) Luz..... "	"	"	"
c) Agua	"	"	"
d) Gas -	"	"	"
e) Teléfono..... "	"	"	"
f) Alimentación..... "	"	"	"
g) Vestimenta..... "	"	"	"
h) Educación de orden general... .. "	"	"	"
i) Gastos personales..... "	"	"	"
j) Automóvil	"	"	"
k) Mantenimiento del automóvil... .. "	"	"	"
l) Periódico y literatura de orden general..... \$	\$	\$	\$
TOTAL..... \$	\$	\$	\$
Gastos fijos para el mantenimiento del consultorio.			
	Año.....	Año.....	Año.....
a) Alquiler del local (Consultorio)..... \$	\$	\$	\$
b) Luz..... "	"	"	"
c) Agua..... "	"	"	"
d) Teléfono..... "	"	"	"
e) Reposición de material e instrumental..... \$	\$	\$	\$
f) Sociedades, libros, revistas, - cursos científicos..... \$	\$	\$	\$
g) Reparaciones y servicios..... "	"	"	"
h) Amortización del consultorio en un año, recuperación del valor total del consultorio, instrumental y mobiliario, ---			

Cuadro 20.

-valor total \$ dividido por los			
12 meses del año.....	\$.....	\$.....	\$.....
i) Sueldo del personal.....	".....	".....	".....
Previsión	Año.....	Año.....	Año.....
a) Vacaciones.....	\$.....	\$.....	\$.....
b) Previsión familiar.....	".....	".....	".....
TOTAL...	\$.....	\$.....	\$.....
Gasto total del pago por acto	Año.....	Año.....	Año.....
a) Necesidades vitales.....	\$.....	\$.....	\$.....
b) Gastos del consultorio.....	".....	".....	".....
c) Previsión.....	".....	".....	".....
TOTAL.....	\$.....	\$.....	\$.....

Procedimientos para llenar el cuadro (21).

Costo; se anota lo relacionado al concepto y suma - de Necesidades vitales (NV): Gastos fijos para el consultorio (GC), Previsión (P), e Imprevis - tos (I). Sumamos todo lo anterior y se anota el total en m/n.

Recuperación; relacionamos el concepto y suma del - Nivel A; Nivel B; y el Nivel C, sumamos todo lo anterior y anotamos el total en m/n.

Este cuadro comparativo nos permite de - terminar el costo necesario para hechar a andar el Modelo de Servicio Odontológico, por otro lado nos permite observar la cantidad recuperada en relación con los costos antes mencionados.

Todo esto nos sirve para conocer si el - Modelo de Servicio Odontológico es operacional des - de el punto de vista económico.

CUADRO COMPARATIVO DE COSTOS Y SU RECUPERACION 145

AÑO:

C O S T O		R E C U P E R A C I O N	
CONCEPTO	SUMA	CONCEPTO	SUMA
N.V.	\$	NIVEL A:	\$
G.C.	"	NIVEL B:	"
Pi.	"	NIVEL C:	"
IMPREVISTOS: ..	\$		
TOTAL	\$	TOTAL	\$

Cuadro 21.

B I B L I O G R A F I A

- 40.- OMS.:Planificación y evaluación de servicios -
Odontológicos.
Rev:Serie de informes técnicos.No.589.
1976.

Al analizar las diversas actividades de atención dental que se desarrollan en nuestro país en los centros asistenciales de salud bucal y en los privados, y al observar el sistema de financiamiento que opera en ellos; podemos decir que;

Por un lado la práctica privada no posee una programación sistematizada de los servicios que van a ser suministrados a la población - predominantemente exígida, y el tipo de financiamiento produce un detrimento en la economía de los pacientes, que requieren de éste servicio.

Esto se debe a que el profesional de la Odontología en la actualidad ha sido preparado para una selecta clientela en particular, evitando así, su participación con la comunidad, favoreciendo con esto las alteraciones bucales que se presentan en la población.

Por otro lado los centros asistenciales de salud bucal tienen programas parcialmente sistematizados, encaminando sus acciones a nivel preventivo y algunas veces curativo, olvidándose de la rehabilitación bucal del individuo, y creando por las citas espaciadas un desinterés por parte del paciente con respecto a su salud bucal.

Es por esto que el profesional en este sistema de atención, por obtener un sueldo base por los servicios que presta, no se ve en la necesidad de dedicar tiempo a la motivación de los pacientes, contribuyendo a elevar las alteraciones tanto a nivel bucal como general del organismo humano.

Por lo antes expuesto, el M.S.O., que propongo tiende a evitar que las alteraciones bucales vayan en aumento y sigan afectando a la población escolar y el resto de la misma., y el cuál será discutido ampliamente en partes posteriores.

IX. CONCLUSIONES.

Después de recopilar la información en los diversos centros de investigación Médico-Odontológico, Bibliotecas, Asociaciones Dentales, y mediante la observación directa en algunos M.S.O., actuales, y a su sistema de financiamiento dental, se ha logrado por primera vez integrar toda esta información y así estructurar un M.S.O., que a la vez tiene implicaciones reales combinando la eficiencia-eficacia de los recursos existentes en el mismo. Todo esto es en vista de que los principales centros asistenciales de salud gubernamentales y privados en los que se incluye el servicio dental no alcanzan a satisfacer la demanda de la población que acude a dicho servicio.

Así al analizar las diferentes formas de financiamiento; pago por acto, pago por sueldo, post pago y pre-pago se optó por este último, incluyéndolo en el M.S.O., "tipo", ya que es el que probablemente se ajuste a las necesidades financieras de la población preescolar, escolar y enseñanza media superior, porque en un sistema de prioridades en alteraciones bucales, está mereciendo toda nuestra atención, ya que conforma el grueso de la población de nuestro país.

Este sistema de financiamiento adoptado, se hizo en base a la mayoría de la población antes mencionada, la cual requiere del cuidado dental y se ve impedida de obtenerlo, ya el sistema actual de financiamiento, pago por acto, genera barreras económicas que van en detrimento de la economía del paciente, dándole ventajas al Pre-pago; por los pagos cómodos y espaciados por el servicio dental suministrado

-Este sistema genera solidaridad en los tratamientos y mediante la captación de los pacientes por el M.S.O.,previa motivación se obtiene una relación directa entre el Odontólogo y el paciente,al cual se le hace más consciente de su salud bucal para proyectarlo al tratamiento dental y posteriormente a constantes revisiones periódicas, hasta alcanzar el objetivo propuesto,grado óptimo de salud bucal,sin descuidar la calidad del suministro dental,ya que esto ocasionaría desequilibrio en el aspecto económico dada la pérdida de tiempo, material odontológico y retraso en la ubicación del paciente en el nivel C,de mantenimiento de la salud bucal.

Con esto se puede decir que la programación anticipada y/o adecuada de los M.S.O.,permitirá elevar la cobertura de pacientes y permitirle al Odontólogo llevar a cabo más acciones de tipo dental preventivo que curativo y a una participación más completa con la comunidad,y no con clientela a nivel solamente particular,como sucede hasta el momento

Añí,por un lado se vislumbra la posibilidad de que mediante la adopción de éste M.S.O.,con el sistema de pago antes mencionado,por las cooperativas escolares,sindicatos y diversas organizaciones de carácter civil exista una fuente de trabajo más para el profesional de la Odontología -

-Y,por otro lado el Odontólogo obtenga - honorarios que le permitan vivir de una forma decorosa y lo motiven a prepararse en relación a las patologías bucales que presente la población de la que se ha,venido mencionando.

Es por eso que debemos enfrentar el desafío.La realidad social objetiva no existe por casualidad;es producto de las acciones de los hombres y es tarea de todos transformarla,transformarla sí,con acciones planificadas y reflexiones permanentes con todos y para todos los profesionales de la Odontología.

Es necesario que las facultades odontológicas descentralicen la atención médico-odontológica, mediante la promoción y el análisis respectivo de los M.S.O., como el ya mencionado, y los cuales puedan ser adoptados previo convenio con las facultades respectivas o el profesional de la Odontología, por las Asociaciones Dentales, S.E.P., Cooperativas escolares, Sindicatos y Organizaciones de carácter civil, esto es para satisfacer la demanda del proceso salud-enfermedad en cavidad oral.

Ubicando estós en las distintas zonas de afluencia, para así impedir el desarrollo de alteraciones bucales en Preescolares, Escolares, Enseñanza media Superior, sin excluir al resto de la población.

Se vislumbra la posibilidad de que en un futuro el sistema de financiamiento sea por Ley, esto aplicado en la S.E.P., como sucede en el IMSS, - ISSSTE, y otros, y en la cual se lleven acciones solo de tipo Odontológico, las cuáles puedan anexar los programas ya existentes, que van en Pro de la salud bucal.

A P E N D I C E

HOJA DE DIAGNOSTICO DENTAL

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____
 Domicilio: _____ Tel.: _____
 Escuela _____ Grado _____ Gpo: _____
 Ocupación: _____ Nivel: _____ Fecha _____

ANTECEDENTES:

Está usted bajo tratamiento: ¿Médico? _____ ¿Ha padecido tuberculosis? _____ ¿Es usted alérgico a la penicilina u otro medicamento? _____ ¿Cardiovascular (Angina de pecho, hipertensión, infarto, etc.)? _____	Es usted propenso a la ¿Hemorragia? _____ ¿Diabetes? _____ ¿Ha tenido complicaciones con la anestesia local? _____ ¿Se encuentra embarazada? _____ Médico general del paciente: _____ Tel.: _____
---	---

INDICADORES PERSONALES Y FAMILIARES

Higiene General	Buena	Regular	Mala	Observaciones:
Def. Mucosas	B.C.G.	Anticariolosa	Antipolio	
	D.F.T.	Otras _____		

EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO

Cráneo: Braquicéfalo Policéfalo Mesocéfalo
 Gang. Linfáticos: Se palpan Si No

OBSERVACIONES.....

.....

.....

.....

EXAMEN DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR:

		SI	NO	NS.
1.- Ha oído u oye ruidos cuando mueve la mandíbula	1			
2.- En la mañana siente duros (cansados) los músculos de la mandíbula o se fatiga comiendo.	2 3			
3.- Ha tenido o tiene dificultad para abrir la boca.	4			
4.- Ha sentido o siente mandíbula trabada.	5			
5.- Se ha quedado alguna vez con la boca abierta.	6			
6.- Ha sentido dolor al abrir mucho la boca o realizar movimientos con la mandíbula.	7			
7.- Ha tenido dolores en la cara o en la articulación de la mandíbula.				
8.- No hay síntomas subjetivos	<input type="checkbox"/>			

Hallazgos clínicos

Ruidos articulares Si No

1o. Dolor en las ATM.

	+ D	+ I
Palpación Lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpación Posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2o. Dolor Muscular.

Temporales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maseteros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pterigoideos Internos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3o. Apertura Máxima Mm. Dolorosa

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

4o. El examinado necesita tratamiento

SI	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

ANOMALIAS DENTOMAXILARES

CONDICION	SI	NO
Paladar Hendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labio Leporino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sobre posición maxilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobre posición mandibular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mordida cerrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mordida Abierta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplñonamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diastema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mordida cruzada anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mordida cruzada posterior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PATOLOGIA DE TEJIDOS BLANCOS ORALES

PREMALIGNAS

Leucoqueratosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucoedema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucoplasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras _____ _____		

Observaciones _____

PATOLOGIA DE LOS TEJIDOS BLANDOS ORALES

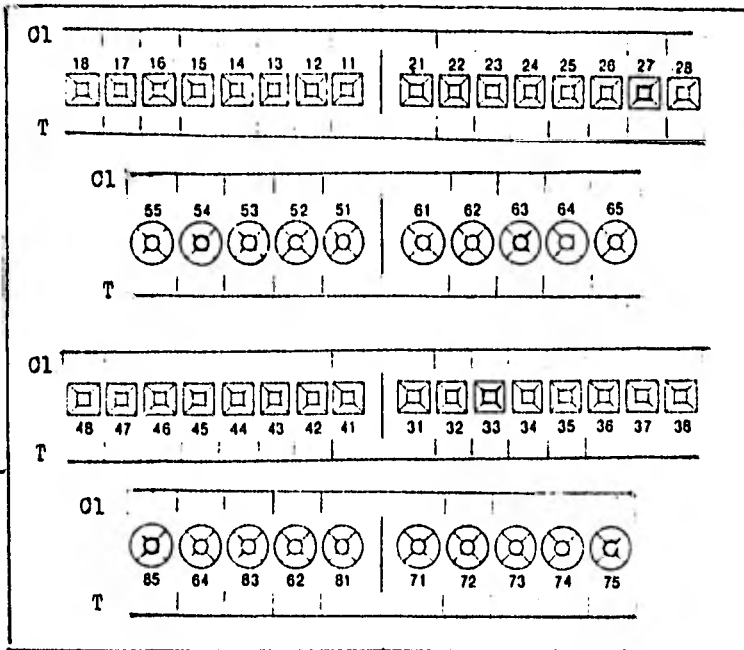
CONDICION	SI	NO

1. - Absceso de origen dentario sin fístula		
2. - Fístula en tejido blando oral		
3. - Anquilosis (parcial con trast periodontal)		
4. - Lengua fisurada, crenada, saburral.		
5. - Gingivitis		
6. - Afta recurrente		
7. - Ulcera oral con causa aparente		
8. - Ulcera oral sin causa aparente		
9. - Aumento tisular sin causa aparente		
10. -Aumento tisular con causa aparente.		

OBSERVACIONES. _____

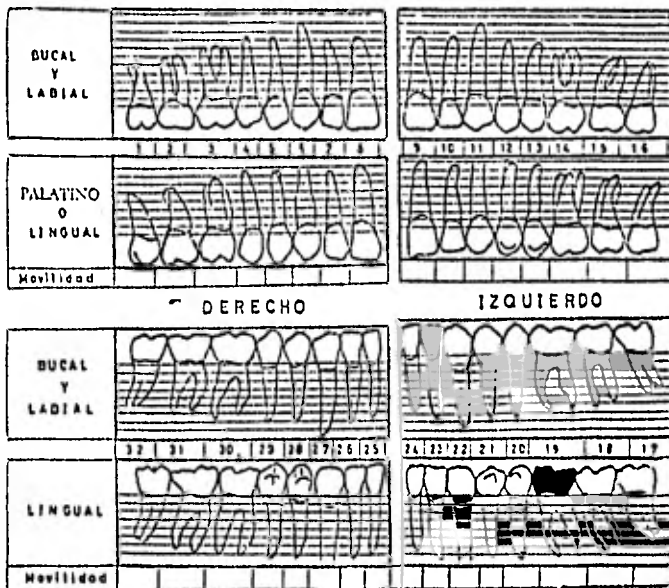
O D O N T O G R A M A

PERMANENTES	
Cariadas	<input type="checkbox"/>
Perdidas	<input type="checkbox"/>
Obturadas	<input type="checkbox"/>
Extracciones indicadas	<input type="checkbox"/>
ISANO	<input type="checkbox"/>
TEMPORALES	
Cariadas	<input type="checkbox"/>
Perdidas	<input type="checkbox"/>
Obturadas	<input type="checkbox"/>
Extracciones indicadas	<input type="checkbox"/>
ISANO	<input type="checkbox"/>

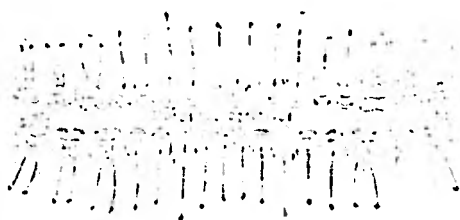


N. NOMBRE DEL	P. DENTISTA
16 PRIMER MOLAR SUP.	17 PRIMER MOLAR INF.
21 INCISIVO SUPERIOR	22 INCISIVO INFERIOR
26 PRIMER MOLAR SUP.	27 PRIMER MOLAR INF.
31 INCISIVO SUPERIOR	32 INCISIVO INFERIOR
46 PRIMER MOLAR SUP.	47 PRIMER MOLAR INF.
51 INCISIVO SUPERIOR	52 INCISIVO INFERIOR
66 PRIMER MOLAR SUP.	67 PRIMER MOLAR INF.
71 INCISIVO SUPERIOR	72 INCISIVO INFERIOR
76 PRIMER MOLAR SUP.	77 PRIMER MOLAR INF.
81 INCISIVO SUPERIOR	82 INCISIVO INFERIOR
86 PRIMER MOLAR SUP.	87 PRIMER MOLAR INF.
91 INCISIVO SUPERIOR	92 INCISIVO INFERIOR
96 PRIMER MOLAR SUP.	97 PRIMER MOLAR INF.
101 INCISIVO SUPERIOR	102 INCISIVO INFERIOR
106 PRIMER MOLAR SUP.	107 PRIMER MOLAR INF.
111 INCISIVO SUPERIOR	112 INCISIVO INFERIOR
116 PRIMER MOLAR SUP.	117 PRIMER MOLAR INF.
121 INCISIVO SUPERIOR	122 INCISIVO INFERIOR
126 PRIMER MOLAR SUP.	127 PRIMER MOLAR INF.
131 INCISIVO SUPERIOR	132 INCISIVO INFERIOR
136 PRIMER MOLAR SUP.	137 PRIMER MOLAR INF.
141 INCISIVO SUPERIOR	142 INCISIVO INFERIOR
146 PRIMER MOLAR SUP.	147 PRIMER MOLAR INF.
151 INCISIVO SUPERIOR	152 INCISIVO INFERIOR
156 PRIMER MOLAR SUP.	157 PRIMER MOLAR INF.
161 INCISIVO SUPERIOR	162 INCISIVO INFERIOR
166 PRIMER MOLAR SUP.	167 PRIMER MOLAR INF.
171 INCISIVO SUPERIOR	172 INCISIVO INFERIOR
176 PRIMER MOLAR SUP.	177 PRIMER MOLAR INF.
181 INCISIVO SUPERIOR	182 INCISIVO INFERIOR
186 PRIMER MOLAR SUP.	187 PRIMER MOLAR INF.
191 INCISIVO SUPERIOR	192 INCISIVO INFERIOR
196 PRIMER MOLAR SUP.	197 PRIMER MOLAR INF.
201 INCISIVO SUPERIOR	202 INCISIVO INFERIOR
206 PRIMER MOLAR SUP.	207 PRIMER MOLAR INF.
211 INCISIVO SUPERIOR	212 INCISIVO INFERIOR
216 PRIMER MOLAR SUP.	217 PRIMER MOLAR INF.
221 INCISIVO SUPERIOR	222 INCISIVO INFERIOR
226 PRIMER MOLAR SUP.	227 PRIMER MOLAR INF.
231 INCISIVO SUPERIOR	232 INCISIVO INFERIOR
236 PRIMER MOLAR SUP.	237 PRIMER MOLAR INF.
241 INCISIVO SUPERIOR	242 INCISIVO INFERIOR
246 PRIMER MOLAR SUP.	247 PRIMER MOLAR INF.
251 INCISIVO SUPERIOR	252 INCISIVO INFERIOR
256 PRIMER MOLAR SUP.	257 PRIMER MOLAR INF.
261 INCISIVO SUPERIOR	262 INCISIVO INFERIOR
266 PRIMER MOLAR SUP.	267 PRIMER MOLAR INF.
271 INCISIVO SUPERIOR	272 INCISIVO INFERIOR
276 PRIMER MOLAR SUP.	277 PRIMER MOLAR INF.
281 INCISIVO SUPERIOR	282 INCISIVO INFERIOR
286 PRIMER MOLAR SUP.	287 PRIMER MOLAR INF.
291 INCISIVO SUPERIOR	292 INCISIVO INFERIOR
296 PRIMER MOLAR SUP.	297 PRIMER MOLAR INF.
301 INCISIVO SUPERIOR	302 INCISIVO INFERIOR
306 PRIMER MOLAR SUP.	307 PRIMER MOLAR INF.
311 INCISIVO SUPERIOR	312 INCISIVO INFERIOR
316 PRIMER MOLAR SUP.	317 PRIMER MOLAR INF.
321 INCISIVO SUPERIOR	322 INCISIVO INFERIOR
326 PRIMER MOLAR SUP.	327 PRIMER MOLAR INF.
331 INCISIVO SUPERIOR	332 INCISIVO INFERIOR
336 PRIMER MOLAR SUP.	337 PRIMER MOLAR INF.
341 INCISIVO SUPERIOR	342 INCISIVO INFERIOR
346 PRIMER MOLAR SUP.	347 PRIMER MOLAR INF.
351 INCISIVO SUPERIOR	352 INCISIVO INFERIOR
356 PRIMER MOLAR SUP.	357 PRIMER MOLAR INF.
361 INCISIVO SUPERIOR	362 INCISIVO INFERIOR
366 PRIMER MOLAR SUP.	367 PRIMER MOLAR INF.
371 INCISIVO SUPERIOR	372 INCISIVO INFERIOR
376 PRIMER MOLAR SUP.	377 PRIMER MOLAR INF.
381 INCISIVO SUPERIOR	382 INCISIVO INFERIOR
386 PRIMER MOLAR SUP.	387 PRIMER MOLAR INF.
391 INCISIVO SUPERIOR	392 INCISIVO INFERIOR
396 PRIMER MOLAR SUP.	397 PRIMER MOLAR INF.
401 INCISIVO SUPERIOR	402 INCISIVO INFERIOR
406 PRIMER MOLAR SUP.	407 PRIMER MOLAR INF.
411 INCISIVO SUPERIOR	412 INCISIVO INFERIOR
416 PRIMER MOLAR SUP.	417 PRIMER MOLAR INF.
421 INCISIVO SUPERIOR	422 INCISIVO INFERIOR
426 PRIMER MOLAR SUP.	427 PRIMER MOLAR INF.
431 INCISIVO SUPERIOR	432 INCISIVO INFERIOR
436 PRIMER MOLAR SUP.	437 PRIMER MOLAR INF.
441 INCISIVO SUPERIOR	442 INCISIVO INFERIOR
446 PRIMER MOLAR SUP.	447 PRIMER MOLAR INF.
451 INCISIVO SUPERIOR	452 INCISIVO INFERIOR
456 PRIMER MOLAR SUP.	457 PRIMER MOLAR INF.
461 INCISIVO SUPERIOR	462 INCISIVO INFERIOR
466 PRIMER MOLAR SUP.	467 PRIMER MOLAR INF.
471 INCISIVO SUPERIOR	472 INCISIVO INFERIOR
476 PRIMER MOLAR SUP.	477 PRIMER MOLAR INF.
481 INCISIVO SUPERIOR	482 INCISIVO INFERIOR
486 PRIMER MOLAR SUP.	487 PRIMER MOLAR INF.
491 INCISIVO SUPERIOR	492 INCISIVO INFERIOR
496 PRIMER MOLAR SUP.	497 PRIMER MOLAR INF.
501 INCISIVO SUPERIOR	502 INCISIVO INFERIOR
506 PRIMER MOLAR SUP.	507 PRIMER MOLAR INF.
511 INCISIVO SUPERIOR	512 INCISIVO INFERIOR
516 PRIMER MOLAR SUP.	517 PRIMER MOLAR INF.
521 INCISIVO SUPERIOR	522 INCISIVO INFERIOR
526 PRIMER MOLAR SUP.	527 PRIMER MOLAR INF.
531 INCISIVO SUPERIOR	532 INCISIVO INFERIOR
536 PRIMER MOLAR SUP.	537 PRIMER MOLAR INF.
541 INCISIVO SUPERIOR	542 INCISIVO INFERIOR
546 PRIMER MOLAR SUP.	547 PRIMER MOLAR INF.
551 INCISIVO SUPERIOR	552 INCISIVO INFERIOR
556 PRIMER MOLAR SUP.	557 PRIMER MOLAR INF.
561 INCISIVO SUPERIOR	562 INCISIVO INFERIOR
566 PRIMER MOLAR SUP.	567 PRIMER MOLAR INF.
571 INCISIVO SUPERIOR	572 INCISIVO INFERIOR
576 PRIMER MOLAR SUP.	577 PRIMER MOLAR INF.
581 INCISIVO SUPERIOR	582 INCISIVO INFERIOR
586 PRIMER MOLAR SUP.	587 PRIMER MOLAR INF.
591 INCISIVO SUPERIOR	592 INCISIVO INFERIOR
596 PRIMER MOLAR SUP.	597 PRIMER MOLAR INF.
601 INCISIVO SUPERIOR	602 INCISIVO INFERIOR
606 PRIMER MOLAR SUP.	607 PRIMER MOLAR INF.
611 INCISIVO SUPERIOR	612 INCISIVO INFERIOR
616 PRIMER MOLAR SUP.	617 PRIMER MOLAR INF.
621 INCISIVO SUPERIOR	622 INCISIVO INFERIOR
626 PRIMER MOLAR SUP.	627 PRIMER MOLAR INF.
631 INCISIVO SUPERIOR	632 INCISIVO INFERIOR
636 PRIMER MOLAR SUP.	637 PRIMER MOLAR INF.
641 INCISIVO SUPERIOR	642 INCISIVO INFERIOR
646 PRIMER MOLAR SUP.	647 PRIMER MOLAR INF.
651 INCISIVO SUPERIOR	652 INCISIVO INFERIOR
656 PRIMER MOLAR SUP.	657 PRIMER MOLAR INF.
661 INCISIVO SUPERIOR	662 INCISIVO INFERIOR
666 PRIMER MOLAR SUP.	667 PRIMER MOLAR INF.
671 INCISIVO SUPERIOR	672 INCISIVO INFERIOR
676 PRIMER MOLAR SUP.	677 PRIMER MOLAR INF.
681 INCISIVO SUPERIOR	682 INCISIVO INFERIOR
686 PRIMER MOLAR SUP.	687 PRIMER MOLAR INF.
691 INCISIVO SUPERIOR	692 INCISIVO INFERIOR
696 PRIMER MOLAR SUP.	697 PRIMER MOLAR INF.
701 INCISIVO SUPERIOR	702 INCISIVO INFERIOR
706 PRIMER MOLAR SUP.	707 PRIMER MOLAR INF.
711 INCISIVO SUPERIOR	712 INCISIVO INFERIOR
716 PRIMER MOLAR SUP.	717 PRIMER MOLAR INF.
721 INCISIVO SUPERIOR	722 INCISIVO INFERIOR
726 PRIMER MOLAR SUP.	727 PRIMER MOLAR INF.
731 INCISIVO SUPERIOR	732 INCISIVO INFERIOR
736 PRIMER MOLAR SUP.	737 PRIMER MOLAR INF.
741 INCISIVO SUPERIOR	742 INCISIVO INFERIOR
746 PRIMER MOLAR SUP.	747 PRIMER MOLAR INF.
751 INCISIVO SUPERIOR	752 INCISIVO INFERIOR
756 PRIMER MOLAR SUP.	757 PRIMER MOLAR INF.
761 INCISIVO SUPERIOR	762 INCISIVO INFERIOR
766 PRIMER MOLAR SUP.	767 PRIMER MOLAR INF.
771 INCISIVO SUPERIOR	772 INCISIVO INFERIOR
776 PRIMER MOLAR SUP.	777 PRIMER MOLAR INF.
781 INCISIVO SUPERIOR	782 INCISIVO INFERIOR
786 PRIMER MOLAR SUP.	787 PRIMER MOLAR INF.
791 INCISIVO SUPERIOR	792 INCISIVO INFERIOR
796 PRIMER MOLAR SUP.	797 PRIMER MOLAR INF.
801 INCISIVO SUPERIOR	802 INCISIVO INFERIOR
806 PRIMER MOLAR SUP.	807 PRIMER MOLAR INF.
811 INCISIVO SUPERIOR	812 INCISIVO INFERIOR
816 PRIMER MOLAR SUP.	817 PRIMER MOLAR INF.
821 INCISIVO SUPERIOR	822 INCISIVO INFERIOR
826 PRIMER MOLAR SUP.	827 PRIMER MOLAR INF.
831 INCISIVO SUPERIOR	832 INCISIVO INFERIOR
836 PRIMER MOLAR SUP.	837 PRIMER MOLAR INF.
841 INCISIVO SUPERIOR	842 INCISIVO INFERIOR
846 PRIMER MOLAR SUP.	847 PRIMER MOLAR INF.
851 INCISIVO SUPERIOR	852 INCISIVO INFERIOR
856 PRIMER MOLAR SUP.	857 PRIMER MOLAR INF.
861 INCISIVO SUPERIOR	862 INCISIVO INFERIOR
866 PRIMER MOLAR SUP.	867 PRIMER MOLAR INF.
871 INCISIVO SUPERIOR	872 INCISIVO INFERIOR
876 PRIMER MOLAR SUP.	877 PRIMER MOLAR INF.
881 INCISIVO SUPERIOR	882 INCISIVO INFERIOR
886 PRIMER MOLAR SUP.	887 PRIMER MOLAR INF.
891 INCISIVO SUPERIOR	892 INCISIVO INFERIOR
896 PRIMER MOLAR SUP.	897 PRIMER MOLAR INF.
901 INCISIVO SUPERIOR	902 INCISIVO INFERIOR
906 PRIMER MOLAR SUP.	907 PRIMER MOLAR INF.
911 INCISIVO SUPERIOR	912 INCISIVO INFERIOR
916 PRIMER MOLAR SUP.	917 PRIMER MOLAR INF.
921 INCISIVO SUPERIOR	922 INCISIVO INFERIOR
926 PRIMER MOLAR SUP.	927 PRIMER MOLAR INF.
931 INCISIVO SUPERIOR	932 INCISIVO INFERIOR
936 PRIMER MOLAR SUP.	937 PRIMER MOLAR INF.
941 INCISIVO SUPERIOR	942 INCISIVO INFERIOR
946 PRIMER MOLAR SUP.	947 PRIMER MOLAR INF.
951 INCISIVO SUPERIOR	952 INCISIVO INFERIOR
956 PRIMER MOLAR SUP.	957 PRIMER MOLAR INF.
961 INCISIVO SUPERIOR	962 INCISIVO INFERIOR
966 PRIMER MOLAR SUP.	967 PRIMER MOLAR INF.
971 INCISIVO SUPERIOR	972 INCISIVO INFERIOR
976 PRIMER MOLAR SUP.	977 PRIMER MOLAR INF.
981 INCISIVO SUPERIOR	982 INCISIVO INFERIOR
986 PRIMER MOLAR SUP.	987 PRIMER MOLAR INF.
991 INCISIVO SUPERIOR	992 INCISIVO INFERIOR
996 PRIMER MOLAR SUP.	997 PRIMER MOLAR INF.
1001 INCISIVO SUPERIOR	1002 INCISIVO INFERIOR
1006 PRIMER MOLAR SUP.	1007 PRIMER MOLAR INF.

PARODONTOGRAMA

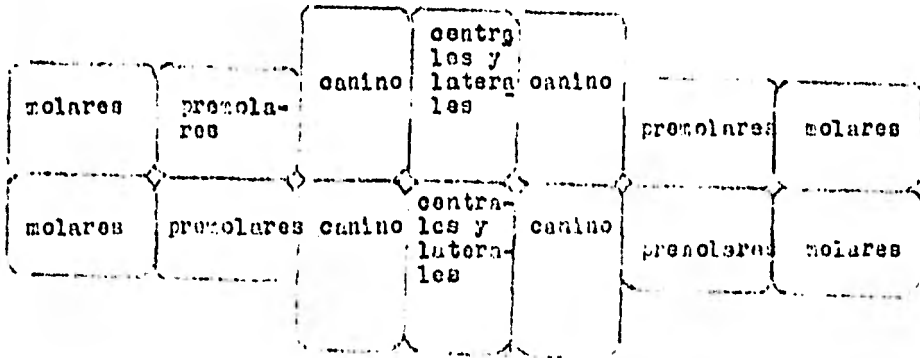


Cada espacio entre las líneas corresponde a 2 mm

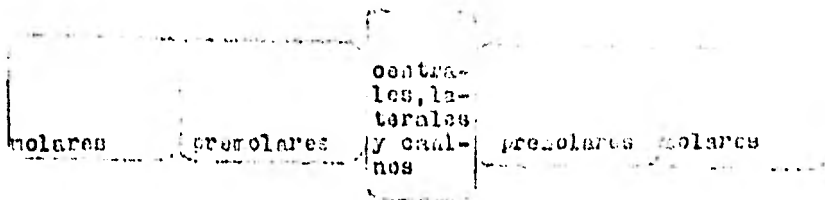


Indicaciones:

- 1. Se debe utilizar un hilo de seda de 0,25 mm de grosor.
- 2. El hilo debe ser introducido en el espacio interdental con suavidad, evitando traumatizar el tejido gingival.
- 3. El hilo debe ser introducido hasta el fondo del surco gingival.
- 4. El hilo debe ser introducido en la posición bucal y labial, y en la posición palatina o lingual.
- 5. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición lingual.
- 6. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición palatina o lingual.
- 7. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición lingual.
- 8. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición palatina o lingual.
- 9. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición lingual.
- 10. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición palatina o lingual.
- 11. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición lingual.
- 12. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición palatina o lingual.
- 13. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición lingual.
- 14. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición palatina o lingual.
- 15. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición lingual.
- 16. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición palatina o lingual.
- 17. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición lingual.
- 18. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición palatina o lingual.
- 19. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición lingual.
- 20. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición palatina o lingual.
- 21. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición lingual.
- 22. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición palatina o lingual.
- 23. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición lingual.
- 24. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición palatina o lingual.
- 25. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición lingual.
- 26. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición palatina o lingual.
- 27. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición lingual.
- 28. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición palatina o lingual.
- 29. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición lingual.
- 30. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición palatina o lingual.
- 31. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición lingual.
- 32. El hilo debe ser introducido en la posición buccal y labial, y en la posición palatina o lingual.



Nos permite ordenar adecuadamente los exámenes radiográficos perimolares completos.



Nos permite ordenar adecuadamente los exámenes radiográficos interproximales completos.

NOTA: Las radiografías oclusales (estudio realizado) se ordenan con las indicaciones correspondientes en su propio paquete.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- A.Mason Rita,.;Guía para la radiología dental.
Edit;El manual moderno S.A.
1979.
- 2.- B.Finn Sidney. :Odontología pediátrica.
Edit;Interamericana.
4a.Edición.
1976.
- 3.- Clínicas Odontológicas de Norteamérica. :
Dirección de la práctica privada en Odontología.
Edit;Interamericana.
Vol.2.
1978.
- 4.- Chavés.Mario M. ;Odontología Sanitaria.
OPS.
Publicaciones científicas.No.63.
1962.
- 5.- F.Mitchell.David y Col. ;Propedeútica Odontológica.
Edit;Interamericana.
2a.Edición.
1973.
- 6.- Glickman Irving. ;Periodontología clínica.
Edit;Interamericana.
4a.Edición.
1974.
- 7.- J.Harty.F. ;Endodoncia en la práctica clínica.
Edit;El manual moderno S.A.
1979.
- 8.- Legarreta Reynoso L. ;Clínica de parodoncia.
Edit;La prensa médica mexicana.
1977.
- 9.- McElroy Donald.L. ;Diagnóstico y tratamiento Odontológicos.
Edit;Interamericana.
1971.

- 10.- O.Forrest John.;Odontología Preventiva.
Edit:El manual moderno S.A.
1979.
- 11.- V.Zegarelli Edward y Col.:Diagnóstico en patología Oral.
Edit:Salvat.
1977.
- 12.- Velázquez Tomás.:Anatomía patológica dental y -
bucal.
Edit:La prensa médica mexicana.
1977.
- 13.- W.Burket Lester.:Medicina bucal.
Edit:Interamericana.
4a.Reimpresión.
1973.
- 14.- Abad Gómez Hector.:Administración sanitaria.
REV:A.D.M.
VOL;XXV No.6 NOV-DIC.
1968.
- 15.- Allen W.;The American Dental Association's position on National Health insurance as it affects Dentistry.
REV;J.Public Health Dent.
1979,Summer.
- 16.- Asociación Dental Mexicana;Los seguros dentales en EE.UU.
REV:A.D.M.
VOL;XXXV- No.6, NOV-DIC.
1978.
- 17.- Barrancos Mooney Julio.;Los tiempos operatorios en la preparación de cavidades.
REV;Asociación Odontológica Argentina.
VOL;68-No.6.Octubre.
1980.

- 18.- Driscoll D1.; Prepayment plans vs, fee-for service.
REV: Dent Stud.
1979, Jun.
- 19.- Farill Guzman Manuel.; Las enfermedades bucales como factor de pérdidas económicas de México.
REV: A.D.M.
VOL: XXXIV-No. 5. Sept-Oct.
1977.
- 20.- Field. John F.; Denture service use in a selected population in a prepaid dental program.
REV: J. A. D. A.
VOL: 98.
1979, June.
- 21.- Francis SR.; Cautions on capitation practice.
REV: NY. State Dent J.
1980, May.
- 22.- Frank CR.; Computer applications in dentistry: Management for survival.
REV: J. N. J. Dent Assoc.
1979, Spring.
- 23.- G. Hermosillo Georgina y Col.; Formación y utilización de recursos humanos odontológicos en México.
REV: Educación Médica y Salud.
VOL: 12-No. 4.
1978.
- 24.- H. Canzani Jorge.; Financiación de un seguro de salud.
REV: Asociación Odontológica Argentina.
VOL: 60, No. 8.
1972, Agosto.

- 25.- Harari Haber Elías.: El manejo de la papelería administrativa en el consultorio del Odontólogo Moderno.
REV: A. D. M.
VOL: XXXVI-No. 3. May-Jun.
1979.
- 26.- Historia clínica.: UNAM, ENEP, Zaragoza.
Dr. Armando Betancurt L. y Col.
1980, México.
- 27.- HUGHES ML.; Legler DW.: Costs, Benefits, and management considerations of a prepaid student Dental health plan.
REV: J. Am Coll Health Assoc.
1979, Jun.
- 28.- Hunt EM.: Prepayment plans: A boon for your practice.
REV: Dent. Stud.
1979, Jul-Aug.
- 29.- IMSS.: "Anuario estadístico de Médicos".
1980.
- 30.- Jiménez G. Raúl.: Informe sobre consultoría al Depto De Estomatología de la Universidad Católica Madre y Maestra - Santiago de los Caballeros. República Dominicana.
OPS/OMS.
1979.
- 31.- Knutson JW.: Controlling the cost of Dental health care insurance.
REV: Am. J. Public Health.
1979, Jul.
- 32.- Lawson WR, Jr.: Children and Dental care: Charges and probability of visit by individual characteristics.
REV: Am. J. Dent Assoc.
1980, Jul.

- 33.- Lopéz Acuña Daniel.:La salud desigual.
Nexos,Julio.
1978.
- 34.- Mata K Nikias.:Prepaid Dental care:Patterns of
use and Source of Premium -
payment.
VOL;59-No.7.A.J.P.H.
1969,July.
- 35.- Mata Quiñones Manuel.:Programa de prácticas de
Laboratorio Odontológico,3o.
4o y 5o,semestre.
Mat.apoyo.UNAM.
ENEP.Zaragoza.
1978.
- 36.- Martínez Ramos Blanca I.:Técnicas radiográficas
Intraorales I y II.
C.L.A.T.E.S,
México,1975.
- 37.- O.Goméz Ariel.:La atención Odontológica en un
seguro de salud.
REV;Confederación Odontológica
de la Rep.Argentina.
VOL;60.No.9.
1972,Sept.
- 38.- Olsen ED.:Dental capitation programs;A compari-
son of delivery systems.
REV;CDA,J.
1979,Sept.
- 39.- Olson ED.:Dental capitation programs.
REV;J,Mass Dent Soc.
1980,Winter.
- 40.- OMS,;Planificación y evaluación de servicios
Odontológicos en Salud Públi-
ca.
REV;Serie de Informes Técnicos.
No.589.
1976.

- 41.- OMS.:Programa preventivo y de higiene bucal.
REV:A.D.M.
VOL:XXXIV-No.4.Jul-Ago.
1977.
- 42.- Paine SG.:Dental insurance forms made easy -
Part 1 y 2.
REV:Dent Econ.
1979,Jun.
- 43.- Pansini D.Duilio.:Financiación y Odontología.
Mat.apoyo.UNAM.
ENEP.Zaragoza.
México,1981.
- 44.- Rechanik Ignacio.:Honorarios profesionales,su
determinación.
REV:De la Asociación Odontó-
logica Argentina.
VOL:55.-No.6.
1967,Junio.
- 45.- Roisinblit Ricardo S.:Un sistema de cálculos
de Honorarios.
REV:De la Asociación Odontó-
logica Argentina.
VOL:64.-No.5,6,7 y 8.
May-Jun-Jul-Ago.
1976.
- 46.- Sámano Pizano Abel.:Factores sociales y econó-
micos en la formulación de
un Modelo de prevención bu-
cal.
REV:A.D.M.
VOL:XXIX-No.6.NOV-DIC.
1972.
- 47.- Sardaneta Alcocer A.:Aspectos administrativos y
físcales del consultorio den-
tal.
REV:El Odontólogo Moderno,
1974,Junio.

- 48.- Universidad de Panama.: Simposio sobre el campo futuro de la práctica Odontológica.
Nexos de la Rep. de Panama.
Marzo de 1973.
- 49.- Vega Martínez Luis.: Bases legales de la Odontología.
Mat. apoyo. UNAM.
ENEP. Zaragoza.
México, 1981.
- 50.- Waldman HB.: The reaction of Dental profession to changes in the 1970s.
REV: Am. J. Public Health.
1980, Jun.
- 51.- Tarjeta de citas.: UNAM.
ENEP. Zaragoza.
1980.